

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

## BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Senioři se zrakovým postižením v kontextu kvality života

Seniors with visual impairment in the context of life quality

Ilona Lachoutová

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Lea Květoňová, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Senioři se zrakovým postižením v kontextu kvality života vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, 13.7. 2015

.....

podpis

Touto cestou chci poděkovat vedoucí své bakalářské práce doc. PhDr. Lee Květoňové, Ph.D. za odborné vedení práce, pomoc a cenné rady. Dále chci poděkovat paní Daně, která mi umožnila nahlédnout do života zrakově postiženého člověka a otevřeně mě seznámila s problémy, s tím jak je řeší a jak se toto postižení promítá do kvality jejího života.

## **ANOTACE**

Cílem bakalářské práce je ukázat na konkrétním případě vážně zrakově postiženého seniora, který žije v domácím prostředí, jaká podpora a pomoc je mu společností a jeho nejbližším okolím poskytována, jak ji využívá a jak se toto zrakové postižení promítá do kvality jeho života. Uvedenému případu předchází kapitoly, které vytváří obecný rámec problematiky stárnutí člověka, zrakových vad a problematiky zrakového postižení seniorů, včetně podpory a pomoci, která je jim společností poskytována.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

zrak, zrakové vady, zrakové postižení, senioři, seniorský věk, zrakové postižení senioři, Tyfloservis o.p.s.,

## **ANNOTATION**

The aim of the bachelor thesis is to present a case of visually impaired senior person living in its home environment as well as the support and assistance, provided by the society and by seniors close environment, and the ways in which this support is used. The visual impairment and its influence on the life quality of senior person is showed. This text is preceded by chapters describing the problematics of ageing, visual disorders, problematics of visually impaired seniors, and the support provided by society.

## **KEY WORDS**

vision, visual disorders, visual impairment, seniors, senior age, visually impaired seniors, Tyfloservis o.p.s.

## Obsah

1. Úvod.....	6
2. SENIOŘI A SENIORSKÝ VĚK.....	7
2.1. Projevy stáří, biologické a psychosociální hledisko stárnutí .....	7
2.2. Pomoc a podpora okolí ve stáří .....	10
3. ZRAK A ZRAKOVÉ VADY (JEJICH KLASIFIKACE).....	14
3.1. Klasifikace zrakových vad a vliv zrakového postižení na člověka.....	14
3.2. Vybrané faktory ovlivňující zrak člověka.....	18
4. SENIOŘI SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM.....	25
4.1. Problematika zrakového postižení seniorů .....	25
4.2. Podpora a pomoc zrakově postiženým seniorům, motivace, kompenzační pomůcky .....	26
5. KVALITA ŽIVOTA ČLOVĚKA SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM.....	31
5.1. Případová studie.....	34
5.2. Speciální podpora klientů Tyfloservis, o.p.s., a TyfloCentrum Plzeň, o.p.s.....	38
6. ZÁVĚR.....	44
SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ.....	47
7. SEZNAM PŘÍLOH.....	51

*„Neptej se, jakou má ten člověk chorobu. Ptej se spíš, jaký člověk tu chorobu má.“*

*Připisováno Wiliamu Oslerovi (Sacks, 2009)*

## **1. ÚVOD**

Cílem bakalářské práce je ukázat na konkrétním případě vážně zrakově postiženého seniora, který žije v domácím prostředí, jaká podpora a pomoc je mu společností a jeho nejbližším okolím poskytována, jak ji využívá a jak se jeho zrakové postižení promítá do kvality jeho života. Práce by měla ukázat, jak kvalitní je život zrakově vážně postiženého seniora, který žije v domácnosti. Protože jsem žádného zrakově postiženého člověka osobně neznala, navštívila jsem organizaci Tyfloservis o.p.s. v Plzni, ve městě ve kterém žiji a pracuji. Zde jsem získala kontakt na paní, která je v seniorském věku a byla před zhruba sedmnácti lety, ve věku 55 let, postižena totální slepotou. Pro ochranu jejích osobních údajů ji v bakalářské práci budu říkat paní Dana. Zkontaktovala jsem ji a po dobu téměř jednoho roku jsem se s ní scházela, doprovázela ji na běžné nákupy, vedla s ní rozhovory na různá témata a zjišťovala, jak žije s tímto závažným zrakovým postižením, jaká je kvalita jejího života.

Uvedenému případu předchází v bakalářské práci kapitoly, které vytváří obecný rámec problematiky stárnutí člověka, zrakových vad a problematiky zrakového postižení seniorů, včetně podpory a pomoci, která je jim společností poskytována. Kromě rodiny a nejbližších příbuzných mají zde významné místo sociální služby a zařízení sociálních služeb, které jsou komplexně upraveny zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. V práci dále popisuji systém základní sociální rehabilitace zrakově postižených, v jehož rámci jsou poskytovány zrakově postiženým sociální služby. Jako příklad organizace, která napomáhá resocializaci zrakově postižených občanů, podrobně v práci uvádím činnost obecně prospěšné společnosti Tyfloservis o.p.s. Klub této společnosti paní Dana pravidelně navštěvuje.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala z toho důvodu, že mě problematika handicapovaných jedinců zajímá, sama se věnuji práci s dětmi se speciálními potřebami a chtěla jsem si rozšířit své znalosti a získat nové poznatky a zkušenosti, tentokrát z oblasti problematiky těžce zrakově postiženého seniora.

## 2. Senioři a seniorský věk

Seniorský věk bývá různými autory označován různě a různé je i členění jednotlivých období seniorského věku.

Např. podle Čornaničové 1998 (in Ludíková, 2012, s.177) „*je toto období (rozumí se seniorský věk) seniem a člení se na tři období: starší věk, stáří a dlouhověkost*“. Starší věk dle Čornaničové je období od 60 do 74 let, člověk se zařazuje do skupiny mladých seniorů. Stáří je dle Čornaničové období od 75 – 89 let, člověk se označuje jako starý člověk a zařazuje se do skupiny starých seniorů. Dlouhověkost je období od 90 let výše. Člověk v tomto období se označuje jako dlouhověký člověk a zařazuje se do skupiny velmi starých seniorů.

Mühlpachr 2004 (in Ludíková, 2012, s.178) uvádí, že „*stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života*“. Dále uvádí, že „*stárnutí je celoživotní proces, jehož involuční projevy se stávající zřetelnějšími zhruba od přelomu 4. a 5. decennia, a to v závislosti na náročnosti prostředí*“. Mühlpachr stáří dělí rovněž na tři období: mladí senioři, starší senioři a velmi staří senioři. Mladí senioři jsou ve věku 65- 74 let, kdy dominuje tematika adaptace na penzionování, volný čas, aktivity, seberealizaci. Starší senioři jsou ve věku 75- 84 let, kdy dochází ke změně funkční zdatnosti, atypickému průběhu chorob. Velmi staří senioři jsou ve věku 85 a více let, kdy na významu nabývá sledování soběstačnosti a zabezpečení. Oba dva výše uvedení autoři se zaměřují na gerontopedagogiku.

Někdy se v literatuře pro označení seniorského věku používá termínu třetí věk. Vychází se z členění lidského života na tři etapy: na dětství, dospělost a stáří, přičemž stáří je chápáno jako období věku člověka nad 60 let. (Čornaničová, in Ludíková, 2012)

Závěrem je možno říci, že se všichni autoři víceméně shodují na tom, že seniorský věk začíná po šedesátém roce věku člověka. Stáří provází mnoho změn, které mohou ovlivnit dosavadní způsob života. Tyto změny si podrobněji přiblížíme v další části práce.

### 2.1.Projevy stáří, biologické a psychosociální hledisko stárnutí

Stáří provází nejen změny, které jsou patrné na první pohled, jako jsou změny biologické, ale i změny psychosociální. V kombinaci se zrakovým postižením působí tyto změny dramatictější a bývají zdrojem závažnější komplikace a omezení v běžném životě.(Ludíková, 2012)

Lidé mají geneticky zakódován počátek a průběh stárnutí i pravděpodobnou délku života. To zda se člověk skutečnou délkou svého života a průběhem stárnutí pravděpodobné délce života přiblíží však závisí na skutečném tempu stárnutí, na který mají vliv vnější (exogenní) faktory. (Vágnerová, in Ludíková, 2012)

Mezi biologické důsledky stárnutí patří snížení adaptačních schopností a odolnosti k zátěži, pokles imunity, úbytek svalové a kostní hmoty, úbytek funkcí většiny orgánů, včetně smyslů. Dále to je zhoršení psychomotoriky, s tím související snížení počtu nervových buněk a změny v působení a tvorbě hormonů. (Pacovský, 1997)

Konkrétní výčet involučních tělesných změn uvádí např. Mühlpachr (2004). Podle něj se jedná o změny ve složení organismu (atrofie tkání se zmnožením vaziva a tuku, úbytek netučné tělesné hmoty, zvýšení obsahu tělesného tuku až o 25%, ztížená mobilizace tuku, zmenšení objemu celkové tělesné vody, ukládání vápníku v tkáních) a v řízení organismu (oslabení a zpomalení regulačních mechanismů, úbytek funkčních rezerv). Zhoršují se adaptační schopnosti a odolnost vůči zátěži (oploštění variability periodických jevů). Dochází ke změnám v pohybovém aparátu (pokles svalové síly, úbytek kostní denzity, stárnutí chrupavky, zhoršení hlubokého čítí a pohybové koordinace). Mění se nervový systém (zpomalení nervového vedení a prodloužení reakční doby, poruchy spánku, atrofie mozku s lehkým zhoršením všípivosti i vybavení), metabolismus (ztížení vstupu glukózy do buněk, snížení maximální potřeby kyslíku bez ohledu na výkonnost kardiovaskulárního systému, snížení bazálního metabolismu), endokrinní systém (rezistence tkání na hormonální stimulaci snížení produkce růstového hormonu). Mění se i oběhový systém (snížení průtoku krve všemi orgány, zvětšování světlosti tepen, snížení elasticity tepen, snížení poddajnosti levé komory srdeční se sklonem k diastolickému typu srdečního selhání bez hrubší poruchy systolické funkce, menší urychlování tepové frekvence, zánik buněk převodního systému s poruchami tvorby vzruchů, hemodynamicky nevýznamné degenerativní změny chlopní). Ke změnám dochází i v respiračním systému člověka (zvýšení dechové práce, zvětšení mrtvého prostoru a pokles vitální kapacity plic, snížení citlivosti dechového centra ke změnám krevních plynů a snížení aktivity řasinkového epitelu), vylučovacím systému (úbytek renálních glomerulů s poklesem glomerulární filtrace i očišťovací schopnosti ledvin, poruchy funkce močového měchýře) a trávicím systému (opotřebování a ztráta chrupu, poruchy mobility trávicí trubice, snížení acidity žaludeční). Ke změnám dochází v imunitním systému (horší efekt imunizace ve stáří, zvýšená tvorba autoprotiláték) a v



ostatních oblastech (atrofie kůže s poklesem pružnosti a úbytkem potních žláz s poruchou termoregulace, snížená vitalita tkání a zpomalené hojení, zhoršení smyslového vnímání. (Mühlpachr, in Ludíková, 2012)

Stáří je období lidského života, které má z hlediska psychologických teorií svůj význam. Např. dle teorie psychosociálního vývoje E.H.Eriksona (in Ludíková, 2012, s.180) „*je stěžejním vývojovým úkolem stáří dosáhnout integrity v pojetí vlastního života. To se projevuje přijetím svého života jako celku, který měl smysl*“.

Dle Ludíkové a kol. (2012) senior potřebuje hodnotit svůj život pozitivně jako dokončené dílo, aby tak měl možnost přijmout jeho konec. Vyrovnání se s vlastním životem usnadňuje i přijetí smrti. Senior by měl akceptovat svůj život takový, jaký byl, bez přílišné lítosti nad tím, co nebylo nebo mohlo být jinak. Nedílnou součástí je i přijetí vlastních nedokonalostí, smíření se s nedostatky a vyrovnání se s nevydařenými věcmi v průběhu celého života. Podmínkou dosažení integrity je harmonizace všech rolí, jež člověk v jednotlivých fázích svého života získal. Nezvládnutí vývojového úkolu stáří se zpravidla projevuje nespokojeností s vlastním životem a zoufalstvím nad nemožností prožít ho znovu a lépe. Pro seniory se zrakovým postižením je tato alternativa velkou komplikací a bývá spojena s výrazným poklesem motivace adaptovat se na novou životní situaci – na život se zrakovým postižením. Člověk seniorského věku se ve svém myšlení, jednání více zaměřuje na minulost, často bilancuje svůj život, ztrácí zájem, ale i sílu něco měnit. Je také nucen neustále se přizpůsobovat novým problémům a nepříznivým změnám, které dříve nemusel řešit. Jedná se o odchod do důchodu nebo smrt partnera a s tím související osamění v domácnosti, stěhování do domova pro seniory, častější pobyt v nemocnici a další. Při řešení těchto nových situací nemůže použít zkušenosti z předchozí doby. (Ludíková, 2012)

Navíc, což je pochopitelné člověk seniorského věku zpravidla nemá již takovou psychickou odolnost jako dříve, kdy byla jeho činnost zaměřena na výkon a na udržení jeho profesně společenského postavení, což mu současně upevňovalo jeho sebevědomí. Na druhé straně má v důchodu více volného času k naplňování svých vnitřních potřeb, přání a také k tomu, aby se věnoval svým zálibám. Tato okolnost však bývá pro seniory se zrakovým postižením problematická. Oproti jiným seniorům jim ztráta nebo zhoršení zraku činí větší potíže věnovat se naplno svým zálibám a provozování volnočasových a jiných aktivit. (Ludíková, 2012)

Z psychologického hlediska představuje stáří velkou změnu kognitivních funkcí. Jde zejména o zpomalení poznávacích procesů a zpomalení reakčních časů. Dochází k poklesu rychlosti zpracování informací v centrálním nervovém systému, ke zhoršování percepce, tedy příjmu podnětů (především zrakových a sluchových). Tyto změny zhoršují orientaci v prostředí a vedou ke zhoršování pozornosti a paměti. Zhoršování paměti není závislé jen na biologických změnách, ale jde o proces individuálně specifický. Uchování paměťových funkcí prokazatelně souvisí se vzděláním a s ním souvisejícími faktory a s mírou užívání paměti. V souvislosti s věkem se také často srovnává fluidní a krystalická inteligence. Krystalická inteligence, která souvisí se vzděláním, s poznatky a vědomostmi nabytými během života se ve stáří nemění. Inteligence fluidní, tj. obecná schopnost řešit problémy, se ve stáří mění výrazně, v důsledku změn v centrální nervové soustavě. Zhoršuje se schopnost reagovat flexibilně na neobvyklé situace a hledat nová řešení problémů. (Vágnerová, in Ludíková, 2012)

Definice stáří je celá řada a souvisí s tím, jakou stránku akcentují jednotliví autoři. Např. definice stáří Malíkové 2011 (in Finková, 2013, s. 55) zaměřená na fyziologickou stránku stáří uvádí *„stáří je v naší populaci většinou chápáno negativně, jako období poklesu ekonomických schopností, omezení kontaktů s okolím, ztráty soběstačnosti, seberealizace, závislosti na pomoci druhých osob. Tyto předsudky jsou neopodstatněné, protože při fyziologickém průběhu stárnutí nemusí v každém případě docházet k výše uvedenému“*.

Období stáří by nemělo znamenat pro člověka úplnou ztrátu motivace. Je třeba úměrně stáří a zdravotnímu stavu rozvíjet a posilovat různé aktivity s cílem bránit předčasnému stárnutí i v pokročilejším věku. Pouze aktivním způsobem života je možno zlepšit jeho kvalitu. Velký význam mají v tomto směru i různé kompenzační pomůcky. Oddálit tak ztrátu soběstačnosti a následné závislosti na jiné osobě a zabránit sociální izolaci. Zmiňované platí pro všechny seniory, včetně seniorů, kteří mají zrakové postižení. (Finková, 2013)

## **2.2. Pomoc a podpora okolí ve stáří**

Základní finanční jistotou je pro většinu seniorů jejich penze, ze které pokrývají většinu svých životních nákladů ve stáří. Důchodový systém v České republice je založen na povinném základním důchodovém pojištění. Kromě toho existuje také dobrovolné důchodové spoření a doplňkové penzijní spoření. Základní důchodové pojištění je

průběžně financované a zabezpečuje všechny ekonomicky aktivní osoby. Ze základního důchodového pojištění se poskytují starobní, invalidní, vdovský, vdovecký a sirotčí důchody. (zákon č. 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění)

Zvýšené životní náklady pomáhá osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby, z nichž mnozí jsou z řad seniorů, pokrývat také příspěvek na péči. Příspěvek se hradí ze státního rozpočtu. Nárok na tento příspěvek má osoba, která z důvodů nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v rozsahu stanoveném stupněm závislosti. Nárok na tento příspěvek má tato osoba i po dobu, po kterou je jí poskytována zdravotní péče formou ústavní péče nebo v nemocnici nebo v odborném léčebném ústavu. Výše příspěvku je stanovena podle stupně soběstačnosti konkrétní osoby. (zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách)

Kromě toho existují i možnosti poskytnutí dalších příspěvků např. na bydlení, což se týká mnoha zejména osamělých seniorů ve městech. Stát hradí ze systému státní sociální podpory příspěvek na bydlení těm občanům, jejichž náklady na bydlení převyšují 30% jejich čistých příjmů u mimopražských domácností, nebo 35% příjmů u pražských domácností. (zákon č. 117/1995 Sb.)

Aby spoluúčast na zdravotní péči neohrozila některé chronický nemocné pacienty z nichž velkou část představují senioři, stanovilo ministerstvo zdravotnictví ochranný roční limit refundace plateb za léky pro seniory nad 65 let ve výši 2 500 Kč. (zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění)

Formy poskytování sociálních služeb lze rozdělit na služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování. Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí. (zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách)

Jednou z nejrozšířenějších terénních služeb je pečovatelská služba. Je poskytována seniorům a těžce zdravotně postiženým občanům, kteří si z důvodu zdravotního stavu, vysokého věku nebo ztráty soběstačnosti nejsou schopni obstarat nutné práce v domácnosti a další životní potřeby nebo kteří pro nepříznivý zdravotní stav potřebují ošetření jinou osobou nebo jinou osobní péči, kterou nemohou poskytnout rodinní příslušníci. Hlavním cílem pečovatelských služeb je zajistit zejména základní

životní potřeby klientů, podporovat samostatný a nezávislý život v domácnostech, zachovat kontakt se sociálním prostředím a oddálit nutnost umístění do ústavní péče. (Nešporová, Svobodová, Vidovičová, 2008, in Hrozenská, Dvořáčková, 2013)

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách specifikuje zařízení sociálních služeb a definuje základní činnosti, které ke každé poskytované službě náleží. Pokud jde o seniory jedná se zejména o centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. Centra denních služeb poskytují různé druhy aktivizačních programů. Některá z těchto center mohou zajistit i dovoz a rozvoz uživatelů služby. Další poskytovanou službou je např. odlehčovací služba, která může být terénní, ambulantní nebo pobytová. Jejím cílem je umožnit fyzické osobě, která pečuje o seniora v jeho přirozeném sociálním prostředí, nezbytný odpočinek. (Matoušek, Koldínská, 2007, in Hrozenská, Dvořáčková, 2013)

V domovech s pečovatelskou službou je zajišťována kombinace pečovatelské služby a pobytového zařízení. Racionalizuje se tak poskytování pečovatelské služby soustředěním příjemců v jednom místě a současně se řeší někdy nevyhovující bydlení seniorů nebo těžce zdravotně postižených seniorů. V domovech seniorů se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost, zejména z důvodu věku a jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, osobám se stařeckou Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují pobytové služby osobám které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. V rámci jednoho zařízení si může poskytovatel zaregistrovat více druhů sociálních služeb. Ve zdravotnických zařízeních ústavní péče se poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby, a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení lůžkové péče do doby, než je jim zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb nebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb. (zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách)

Specifické postavení v systému sociálních služeb má sociální poradenství. Jde o bezplatné předání informací o možnostech řešení nepříznivé sociální situace.

V pojetí sociálních služeb v České republice je kladen důraz na poskytování takových sociálních služeb, které dbají na dodržování lidských práv při poskytování služeb, respektují svobodnou vůli osob a zajišťují jejich důstojný život a směřují k sociálnímu začleňování klientů.

V systému sociálních služeb dochází k transformaci celé sociální oblasti a odpovědnost za sociální služby se přenáší z pozice státu na jednotlivce, obce/komunity, kraje, občanské společnosti a stát. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013)

### 3. Zrak a zrakové vady

Zrak je všeobecně vnímán jako nejdůležitější lidský smysl. Jeho poškození nebo ztráta má výrazný vliv na konkrétní život každého jedince, ale i jeho okolí.

#### 3.1. Klasifikace zrakových vad a vliv zrakového postižení na člověka

*„Termínem zrakové vady označujeme nedostatky zrakové percepce různé etiologie i rozsahu. Spadají sem onemocnění oka s následným oslabením zrakového vnímání, stavy po úrazech, vrozené či získané anatomicko-fyziologické poruchy“.* (Květoňová-Švecová, 1998, s.18)

Zrakové vady, vedoucí k případnému zrakovému postižení, je možno klasifikovat z různých hledisek. Kritériem pro jejich rozdělení může být doba vzniku vady, druh postižené zrakové funkce, stupeň zrakového postižení nebo etiologie. (Ludíková, 2012)

Podle doby vzniku se dělí zrakové vady na vrozené nebo získané. Podle postižené zrakové funkce se člení na snížení zrakové ostrosti, omezení zorného pole, poruchy barvocitu, poruchy akomodace (refrakční vady), poruchy zrakové adaptace, poruchy okohybné aktivity, poruchy hloubkového (3D) vidění. Podle stupně zrakového postižení se jedná buď o slabozrakost, zbytky zraku nebo nevidomost. Podle etiologie se jedná buď o orgánové poruchy (např. vady čočky nebo sítnice) nebo o funkční poruchy (poruchy binokulárního vidění - např. tupozrakost a strabismus). (Slowik, in Ludíková, 2012)

Při členění zrakových vad podle druhu postižení, patří mezi nejčastější zrakové vady: poruchy barvocitu, refrakční vady (myopie, astigmatismus), katarakta, afakie, glaukom, retinopatie, degenerace sítnice (pigmentová degenerace sítnice, degenerace žluté skvrny), záněty sítnice, změny terče zrakového nervu, albinismus, anairidie, kolobom, karatokonius, mikroftalmie, nystagmus, poruchy binokulárního vidění a amauróza. (Kimplová, 2010)

Při rozdělení zrakových vad podle stupně vidění se vychází z úrovně zrakové ostrosti - vizu. Jak uvádí T. Kimplová (2010) tyto lidé mají často potíže s rozlišováním detailů, toto postižení je však u jednotlivců rozdílné.

Zrakově postiženého člověka je možné dle výsledků oftalmologického vyšetření (dle WHO) zařadit do některé z níže uvedených skupin: slabozrací (vizus 6/18 až do 6/60 na lepším oku), těžce slabozrací (vizus 6/60 až do 3/60 na lepším oku), prakticky nevidomí (vizus pod 3/60 nebo zorné pole menší než 10 stupňů), nevidomí (vizus pod 1/60 nebo zorné pole menší než 5 stupňů), zachovaný světlocit s projekcí (rozeznají směr

zdroje světla), zachovaný světlocit bez správné projekce (rozeznají pouze světlo a tmu, nikoli zdroj světla), úplná slepota bez světlocitu (amauróza). (Kimplová, 2010)

Slepota je definována jako neschopnost jedince vnímat zrakem. I když je zachováno určité zrakové čítí - světlocit. Kategorii označovanou jako praktická slepota vymezujeme vizem 3/50 a méně. Slabozrakost představuje snížení zrakové ostrosti obou očí, a to i s optimální brýlovou korekcí od 5/15 do 3/50. Rozlišujeme slabozrakost lehkou, střední a těžkou. Nejtěžší slabozrakost bývá označována jako částečné vidění nebo zbytky zraku. (Květoňová-Švecová, 1998)

Nejčastějšími příčinami slepoty vrozené jsou následky dědičnosti, porušení plodu v době prenatální nebo infekční choroby matky v době gravidity (rubeola, syfilis, horečnatá onemocnění) aj. Získaná slepota bývá způsobena např. chorobami zrakového analyzátoru, poruchami v oblasti CNS, komplikacemi při infekčních nemocech, otravami, meningitidou, tuberkulózou, diabetem, úrazy oka, poleptáním či popálením oka, předávkováním kyslíku. (Kimplová, 2010)

Podle Květoňové-Švecové (1998) rozlišujeme čtyři skupiny poruch zraku: ztrátu zrakové ostrosti, postižení šíře zorného pole, okulomotorické problémy a obtíže se zpracováním zrakových informací. Při ztrátě zrakové ostrosti člověk s touto vadou zraku nevidí zřetelně, má potíže s rozlišováním detailů, ale nemusí mít potíže s identifikací velkých předmětů. Postižení zorného pole znamená omezení prostoru, který člověk vidí. Omezení zrakové ostrosti se při této vadě nemusí projevit. Okulomotorické poruchy nastávají při vadné koordinaci pohybu očí. (Květoňová-Švecová, 1998).

Dle Květoňové-Švecové může člověk mít „*potíže při používání obou očí, při sledování pohybujícího se předmětu nebo při jeho prohlížení, předmět sleduje nejprve jedním, pak druhým okem. Při pohledu na blízký předmět se při okulomotorické poruše může jedno oko stáčet dovnitř a druhé zevně nebo se obě asymetricky stáčeji dovnitř. Objevují se obtíže při uchopování předmětu a s přesně mířenými pohyby. Může se projevit i nystagmus, rytmické, trhavé mimovolní pohyby očí. Nystagmus nepatří mezi poruchy koordinace očních svalů*“. (Květoňová-Švecová, 1998, s.18)

Problémy se zpracováním zrakových podnětů vznikají u lidí s poškozením zrakových center v kůře mozku. Mají problémy se zpracováním zrakové informace, i když není poškozena sítnice ani zrakový nerv. (Květoňová-Švecová, 1998)

V literatuře se pro lidi s poruchou nebo poškozením zraku často používá označení zrakově postižení. Osoby se zrakovým postižením jsou tedy lidé s různými druhy a stupni

snížení zrakových schopností. Jsou to lidé u nichž poškození zraku nějakým způsobem ovlivňuje běžné životní činnosti a u nichž nepostačuje běžná korekce např. brýle.

Dle J. Jesenského (2002) je pro lidi s touto poruchou nebo poškozením zraku označované jako zrakově postižení, rovnocenné označení zrakově handicapovaní, protože poškozením nebo ztrátou zraku jsou tyto lidé znevýhodněni, tedy mají handicap zdravotního postižení ve srovnání s intaktními jedinci a majoritní společností. J. Jesenský také uvádí klasifikaci zrakově handicapovaných vycházející zejména ze stupně zrakového poškození, kteří jsou zařazeni do těchto hlavních skupin: nevidomí (slepí), se zbytky vidění (zbytky zraku, prakticky slepí), slabozrací (těžce, středně, lehce), binokulárně vadní (tupozrací, šilhaví, jednoocí). (Jesenský, 2002)

V praxi se nejčastěji používá rozlišení zrakového postižení podle stupně zrakové ztráty člověka s vizem na úrovni slabozrakosti, se zbytky zraku a s úplnou ztrátou zraku (nevidomý). Výše uvedené členění se používá rovněž v rámci speciální pedagogiky kdy se osoby se zrakovým postižením rozlišují do čtyř kategorií: osoby nevidomé, se zbytky zraku, slabozraké a s poruchami binokulárního vidění. (Ludíková, 2012)

Pokud jde o životní a vývojové podmínky těchto lidí dosti výrazně se mezi sebou liší, a to podle stupně zrakové ztráty. Je třeba také upozornit, že zrakové vady se často prolínají a že jednu zrakovou vadu často doprovází ještě jiná zraková vada.

Zrak je lidmi často vnímán jako nejdůležitější smysl, a proto je jeho ohrožení spojeno se strachem a bezmocností.

Dle J. Kimplové je „ztráta zraku událost, která zasáhne a změní jak celý život člověka, jehož postihla, tak i jeho okolí. Ztráta zraku – ať už náhlá (v důsledku nehod a úrazů) tak i postupná (v důsledku různých onemocnění) – je nepochybně traumatizující skutečností, která ovlivní prakticky každý aspekt života. Psychologický dopad ztráty zraku na osobnost je samozřejmě individuálně různý v závislosti na tom, jak se dříve utvářela, dále pak v závislosti na aktuálním sociálním prostředí, ve které se osoba s postižením nachází. Období časově navazující bezprostředně na trauma ztráty zraku je možno z psychologického hlediska u postiženého charakterizovat jako krizi. Tato krize se projevuje různě u lidí s různou osobnostní strukturou. I délka doby jejího trvání je individuálně různá a má vztah k osobnosti postiženého. U některých může trvat fáze krize poměrně



*krátkou dobu, u jiných právě naopak. Pozvolná ztráta zraku, která může probíhat i desítky let, má na psychiku jedince odlišný účinek než ztráta náhlá“.* (Kimplová, 2010, s.27)

Vyrovnat se s těžkou zrakovou ztrátou nebývá zpravidla možné bez kompenzace defektu. Předpokladem přizpůsobení se na situaci po ztrátě zraku a předpokladem „normálního“ utváření a fungování osobnosti postiženého člověka je akceptace vady.

Podle O. Čálka *„má akceptace vady stěžejní význam pro to, co se označuje kompenzace defektu a co lze v případě těžké či úplné ztráty vidění stručně určit jako částečnou náhradu zrakové informace v činnosti postiženého jedince cestou informací jiného druhu. Je zřejmé, že na činnosti, jejichž prostřednictvím se uskutečňuje kompenzace zrakové ztráty má vliv postoj k vadě: její akceptace či nonakceptace. A platí to jak pro postoj postižené osoby samé, tak pro postoje druhých lidí, se kterými se postižený ocitá v životně významných stycích a vztazích. Znalost těchto souvislostí má pro pedagogickou a rehabilitační praxi značný význam, protože neakceptací vady lze ovlivňovat pedagogickými a psychologickými prostředky“*. (Čálek, 1991, s.47)

Důležitá je životní přizpůsobivost těžce postižené osoby. Dle O.Čálka *„Pro těžce postižené osoby nelze v řadě věcí uplatňovat stejné normy jako na lidi se zdravým zrakem . V některých činnostech nebo způsobech života se odlišují od toho, co je běžné, ale z hlediska možností při těžké nebo úplné ztrátě zraku to přitom znamená úspěšnou životní přizpůsobenost. Otázky životního přizpůsobení při těžké nebo úplné ztrátě zraku se nevzdalují od toho, co je všeobecně lidsky platné. Dobře přizpůsobivý je ten těžce zrakově postižený jedinec, který se v rámci svých individuálních možností a příležitostí, způsobem a naplní svého života co nejvíce přibližuje lidem vidícím. Umět si získat, popř. přijmout nabídnutou pomoc tam, kde je to nezbytné, ale na druhé straně být soběstačný a uhájit si samostatnost vždycky, když je to možné, to je důležité měřítko životní přizpůsobivosti zrakově těžce postiženého jedince a je to rovněž projevem toho, jak akceptuje svou zrakovou vadu“*. (Čálek, 1991, s.49 a s.52)

Při vyrovnávání se s těžkou zrakovou vadou hraje významnou roli osobnost každého jedince.

Osobnost člověka je mnohonásobně podmíněna a vytváří se v průběhu vývoje jedince pod vnějšími i vnitřními vlivy. Především je podmíněna biologicky tím, že psychické jevy jsou zakotveny v organismu a jsou projevem nervové soustavy. (např. základní charakteristiky temperamentových vlastností jsou přímo závislé na typu činnosti nervové soustavy). Další vliv v této oblasti je genetická výbava jedince, která ovlivňuje

celou řadu podstatných charakteristik psychiky (např. úroveň inteligence, zvýšené riziko určitých duševních chorob, některé dysfunkce). Svou roli má rovněž celkový tělesný vzhled jedince, který hraje mimořádnou úlohu v sociálních vztazích. Podstatným faktorem, který ovlivňuje vývoj osobnosti člověka je také jeho vlastní aktivita. Jeho reakce na okolní svět i na vztahy, jeho prožívání vlastní činnosti i toho, jak na ni okolí reaguje. To přispívá k jeho sebeuvědomění, k formování představy o sobě, sebehodnocení apod. Osobnost člověka je výsledkem vývoje, formuje se v průběhu života jedince. Důležité jsou i základní časové dimenze, které působí v určitém smyslu všechny současně. Minulost obsahuje vzpomínky a události i to, jak je člověk chápal. Chápání a interpretace minulého se v současném prožívání člověka mění a nabývá jiného vlivu. Přítomnost představuje určitý průsečík mezi minulostí a budoucností. V přítomnosti dochází k proměňování minulosti. Uvažování o budoucnosti je nedílnou součástí duševního života člověka. Uvažování o sobě samém, o životním cíli i současná aktivita to je to, co dává životu člověka smysl. Nejvýrazněji lze pochopit význam rozměru budoucnosti u lidí se získaným postižením, kde je nutné vlivem náhlé změny tělesného stavu přizpůsobit vlastní životní perspektivy a cíle, což bývá často nejobtížnějším krokem ve vyrovnání se s postižením. (Vágnerová, Hadj-Mousová, Štech, 2000)

### **3.2. Vybrané faktory ovlivňující zrak člověka**

Příčiny zrakových vad a poruch vidění mohou být vrozené nebo získané. Vady získané v průběhu života bývají způsobeny onemocněním, úrazem či nevhodnou stimulací funkcí oka. V České republice podobně jako v jiných vyspělých zemích je zrakové postižení často důsledkem chorob jako je diabetes nebo makulární degenerace, která je podmíněna věkem. (Kvapilíková, 1999)

Existuje však celá řada dalších faktorů, které oslabují zrak a které mohou vést až k jeho poškození, někdy i vážnému. Jedná se zejména o kouření, únavu, UV záření, vysoký krevní tlak, alkohol a nezdravou stravu. Některé z nich jako např. kouření, únavu, ochranu

před UV zářením, konzumaci alkoholu nebo nezdravou stravu může člověk ovlivnit zcela zásadním způsobem, některé z nich může ovlivnit v omezené míře, jako např. diabetes nebo vysoký krevní tlak. Může tak aktivně ovlivnit nebo alespoň oddálit vznik některých poškození zraku. (Kvapilíková, 1999)

Přímé působení slunečního záření může poškodit zrak. Při pohledu do ostrého světla dochází ke krátkodobému oslepnutí, při delším hledění do slunce dojde k

nevratným změnám v oku, včetně zjizvení důležitých struktur pro vidění a může dojít až k oslepnutí. Proto má takový význam nošení brýlí s UV filtrem, které ochrání náš zrak proti slunci. Redukce světelné intenzity je dána mírou zabarvení skla a pohybuje se od 10-85%. Některé druhy barevných filtrů používaných v těchto brýlích však mohou barevně zkreslovat vnímaný obraz, na což je nutné dávat pozor při používání těchto brýlí v dopravě. Zrak poškozuje rovněž čtení při nedostatečném osvětlení. (Kvapilíková, 1999)

V klinické praxi jsou v naprosté převaze úrazy zraňující pouze jedno oko s různě těžkými následky. Případy současného postižení obou očí úrazem jsou jen řídké. Pokud k tomu dojde, jde nejspíše o poranění očí chemickými látkami k němuž dochází např. u dětí při chemických pokusech nebo z nekrytých nádrží vápna či chemikálií. Leptající škodliviny, ať jde o alkálie či kyseliny, vždy na zasažených částech oka způsobují vznik nekrózy, tj. místní odumření poškozených částí oka. Vlivem alkalických látek (malta, louh sodný, draselný či amonný aj.) dochází k nekróze zkapalňující, kdy škodlivina snadno proniká do hloubky. Při působení kyseliny (sírová, solná, dusičná aj.) dochází k nekróze koagulační, při které vzniká sraženina a ta zabraňuje průniku škodliviny do hloubky. Při poleptání je výsledkem hojivých procesů tvorba jizev, které zneprůhlední rohovku, jizvením spojivky ničí výživu rohovky a mohou vést až ke srůstu víček s očním bulbem. Při oboustranném postižení může dojít k těžké slabozrakosti až k praktické slepotě. (Řehůřek, in Vítková, 1999)

Vzácnější poranění oka jsou perforační (pronikající) poranění oka. Jde o taková poranění, kdy je úrazem proděravěn ochranný obal oka, tj. Vazivová část stěny s rohovkou nebo bělimou. Vyjimkou nejsou ani současné perforace obou těchto částí oka. Zranění obvykle způsobují ostré předměty (nůž, nůžky, šroubovák, vystřelené či letící částice kovu, skla aj.) Pronikající tělesa při cestě okem poškozuji a ničí jemné nitrooční struktury s následnými často nenapravitelnými změnami a trvalými nejen anatomickými, ale i funkčními ztrátami. Při rozsáhlé otevřené a zející perforační ráně vyhřezává navenek nitrooční obsah (např. duhovka, čočka či sklivec). Jindy je naopak pronikající rána menší, její okraje spontánně přiléhají a otvor se tak „uzavírá“ Vyjimkou nejsou ani případy s perforací bělimy skrytou pod zdánlivě bezvýznamným krvácením do spojivky, která se nad bělimou nachází. Někdy tak může v nitru oka zůstat i dlouhodobě železné či měděné cizí tělísko. To se pak i při malých rozměrech časem chemicky odbourává a vzniklé produkty oko nezvratně oslepují. Tyto pozdní následky se u železných částic

označují jako sideróza, u měděných jako chalkóza očního bulbu. Pronikající poranění jsou často doprovázena hnisavou infekcí. (Řehůřek, in Vítková, 1999)

Tupé úrazy očního bulbu bývají způsobeny pěstí, míčem, kamenem nebo jinými předměty. Na oku způsobují jeho pohmoždění, často provázené podspojivkovým krvácením. Při těžší kontuzi bulbu ochrne svěrač zornice, která zůstává trvalé rozšířená, v duhovce vznikají trhliny a přední oční komora se přitom z porušených duhovkových cév naplňuje krví. Čočka se při větším nárazu vyšine částečně, až zcela ze své polohy a dostane se buď do přední komory nebo do sklivce. Při těchto těžkých poraněních dochází také k prokrvácení sklivce, vznikají trhliny v cévnatce a sítnici, s následným odchlípením sítnice. Nejtěžší případy nárazu na oko mohou přivodit i puknutí vazivové stěny oka (rohovky nebo bělimy) s rozsáhlým výhřezem nitroočních tkání navenek. Výsledek léčby může kolísat od konečné slabozrakosti až po praktickou slepotu. Kontuze s puknutím stěny oka a velkými výhřezy nitroočních tkání končí obvykle praktickou, až úplnou slepotou. (Řehůřek, in Vítková, 1999)

Člověk je během svého života vystaven působení toxických látek, které se dostávají do těla v prostředí ve kterém žije, v různých povoláních, při domácích pracech, při konzumaci potravin a užívání léků. Toxické látky se dostávají do těla dýchacími cestami, zažívacím traktem a kůží a jsou dopravovány do tělesných orgánů včetně očí. Tyto jedy poškozují centrální nervový systém, působí na mozek, mohou vyvolat poruchy vidění

a změny barevného vidění. Působení těchto jevů na sítnici a oční nerv snižuje zrakovou ostrost. Tyto poruchy vidění se nazývají toxické amblyopie. Některé jedy vyvolávají poškození víček, spojivek, rohovky, méně často kalení čočky, poruchy vnitřních a vnějších očních svalů. Mezi tyto jedovaté látky patří např. metylalkohol (tj. nedokonale vypálený alkohol), po jehož požití, zejména na prázdný žaludek dochází často k úplnému oslepnutí. Jsou popsány i případy oslepnutí po vdechování metylalkoholu a po vstřebání kůží. Po požití metylalkoholu obvykle nedochází během prvních dvou dnů k žádným značnějším obtížím. Někdy se objevují bolesti hlavy, únava, nevolnost, průjem a teprve mezi 2. a 4. dnem po požití se objevují oční obtíže. V lehkých případech to je pouze lehké zamlžení vidění, v těžších mizí během krátké doby vidění úplně. Pacienti obvykle upadají po požití do hlubokého spánku, ze kterého se probouzejí slepí. V některých případech dochází při značných bolestech a dechových obtížích ke smrti. Při metylalkoholové otravě dochází ke vzniku toxické amblyopie s centrálním skotomem a následným

vývojem atrofie očního nervu. V patogenéze metylalkoholové amblyopie dochází k primárnímu toxickému poškození gangliových buněk sítnice se sekundární degenerací očního nervu, ale může k ní dojít také na základě primární degenerace očního nervu. Nález na očním pozadí zůstává dlouho beze změn. V některých případech dochází k překrvení a neostré hranici papily. Po třech týdnech dochází k nablednutí papily na obou očích. Zornice při oslepnutí je široká a strnulá, při sníženém vidění je její reakce obleněná. (Kvapilíková, 1999)

K vážnějšímu poškození oka dochází také při dlouhodobějším užívání etylalkoholu a tabáku. To vede ke vzniku toxické amblyopie s centrálním skotomem a pomalu nastupující atrofií očního nervu. Při chronické otravě tabákem je nebezpečnější jeho vdechování, žvýkání a využívání nedopalků cigaret, kdy se jako subjektivní příznaky zprvu objevují mlhavé vidění a špatné vidění při čtení. Porucha vidění při těchto otravách vždy nastupuje velice pomalu a teprve při dlouhodobém trvání klesá vidění na jednu třetinu, ale nikdy nedosáhne praktické slepoty. Další jedovatá látka která působí přímo na mozek a je spojena s poruchami vidění je např. kysličník uhelnatý, který poškozuje centrální mozková centra vidění. Z léků způsobuje poruchy vidění a barvocitu např. streptomycin. Užívání antikoncepčních prostředků může mít za následek poruchy barvocitu a pokles vidění. Při dlouhodobém užívání kortikosteroidů, některých psychofarmak a antihistaminik bylo pozorováno zvýšení nitročního tlaku. (Kvapilíková, 1999)

Dalším faktorem, který oslabuje zrak, je únava. Únavou očí se tělo brání nevyhovujícím pracovním podmínkám. Zpravidla k únavě očí dochází při porušování zásad optimálního osvětlení a polohy těla a hlavy během pracovním procesu. Při dlouhodobém působení těchto nevyhovujících faktorů může dojít i k poškození lidského organismu a ke vzniku choroby z povolání. Proto by při každé činnosti mělo být dbáno na dosažení maximálního výkonu při minimální únavě. Oční změny mohou být způsobeny buď přímým působením na oko nebo nepřímě. Přímé patologické změny vyvolává infračervené záření zákalem čočky u sklářů, tavičů a slévárenských dělníků. U lidí, kteří pracují s rentgenem a radioaktivním materiálem (např. v atomových elektrárnách nebo jiných provozech) může dojít ke vzniku katarakty (šedý zákal), u svářečů k chronickým zánětům očních víček a spojivek, u lidí, kteří pracují v prachu, s dráždivými látkami (laky, kožešiny, různé textilie, umělé hedvábí, guma, cukr, kovy, barviva) může rovněž dojít k zánětům víček a spojivek. (Kvapilíková, 1999)

K únavě zraku může dojít i při dlouhotrvající, nepřerušované práci s počítačem nebo při častém a dlouhodobém sledování televize. MUDr. J. Hlávková ze Státního zdravotního ústavu Praha, popisuje ve své zprávě projevy zrakové únavy při práci s počítačem, jejich hlavní příčiny a uvádí v čem spočívá prevence, aby při práci s počítačem k únavě zraku nedocházelo.

Dle J. Hlávkové (2008) zrakové obtíže vyskytující se při práci s počítačem, mají různou charakteristiku a projevují se pocitem zrakové a celkové únavy spojené s bolestmi hlavy, zvýšenou suchostí či slzením a pálením očí, tlakem v očích, popř. rozostřeným viděním. Hlavní příčinou je zraková náročnost, která je způsobena trvalým přizpůsobením očí na vidění do blízka sledováním monitoru z malé vzdálenosti, námahou svalů ovládajících vyklenutí oční čočky, sbíháním os obou očí a rozdílné jasy různých ploch, na které se člověk dívá.

Nejvýznamnější vlivy, které ovlivňují vznik zrakových obtíží při práci s počítačem jsou dle J. Hlávkové následující: Individuální stav zraku - u lidí s chybnou korekcí zraku nebo se skrytou oční vadou jsou obtíže častější a po kratší době práce, doba trvání práce u počítače - čím delší doba práce tím větší výskyt obtíží, podle posledních průzkumů zraková únava u počítače začíná po asi po 2 hodinách a zřetelně se projevuje již po 4 hodinách práce. Dále to jsou světelné podmínky na pracovišti - celkové i lokální osvětlení pracoviště musí zajistit dostatečné světelné podmínky a vhodný kontrast mezi obrazovkou a pozadím, s přihlédnutím k typu práce a individuálním zrakovým požadavkům uživatele. Jednou z nejčastějších příčin zrakového dyskonfortu je časté střídání pohledu na obrazovku, dokumenty, klávesnici a rušivé oslňování a odlesky na obrazovce a oslňování pracovníků světelnými zdroji (např. okna) a nevhodné ergonomické uspořádání pracoviště a pracovního místa. Roli hrají i psychologické faktory, jako je motivace k práci, sociální klima na pracovišti a organizace práce apod.

Prevence v tomto případě podle J. Hlávkové spočívá v :

1. Ergonomickém uspořádání pracoviště dodržování zásad vizuální ergonomie, tj. zásad pro dobré vidění a zrakovou pohodu, odpovídajícímu osvětlení a vhodnému sezení, před obrazovkou není vhodná poloha proti oknu ani zády k němu, okna je nutno osadit regulovatelnými stínidly a v použití obrazovkových filtrů, vhodné vizuální parametry obrazovky.

2. Ve vhodné organizaci práce spočívající v časovém omezení práce s obrazovkou a ve stanovení přestávek, v lékařských preventivních prohlídkách zraku zaměstnanců

a v pozornosti při organizaci práce zaměřené na celkovou pracovní zátěž, zejména psychickou.

3. V dostatku místa pro umístění písemností u počítače, doporučuje se umístit písemnosti buď v jednom směru mezi obrazovku a klávesnici nebo pomocí přidržovacího mechanismu těsně vedle obrazovky.
4. Ve zvolení vhodného režimu práce a odpočinku, přestávky 5 – 10 minut, vždy po 2 hodinách práce, doba práce maximálně 6 hodin a v omezení neuropsychické zátěže a v zajištění správných zorných podmínek.

V článku J.Hlávková (2008, s.1) mimo jiné uvádí, že „...pokud jde o některá tvrzení, že počítač způsobuje poškození zraku není to dosud průkazně potvrzeno. K problematice vlivu práce s VDU (zobrazovací jednotkou PC) byla provedena řada studií. Výzkum v této oblasti je v současné době již uzavřen se závěrem, že počítačové obrazovky nekazí zrak, ale obtíže objevující se při práci s počítačem, mají charakter zrakové únavy, která po odpočinku odezní“.

(Dostupné z <http://www.szu/tema/pracovni-prostredi/zdravi-a-pocitace/>)

Významné místo v této oblasti má prevence očních nemocí a prevence očních úrazů. Prevence úrazovosti v zaměstnání je upravena předpisy o bezpečnosti práce. V rámci hygienických opatření jsou dnes uplatňována preventivní opatření ve formě ochrany před mechanickými, chemickými a zářivými poraněními. V zaměstnání se např. při práci s chemickými látkami ve výrobě nebo při hnojení v zemědělství apod. používají jako ochrana očí, ochranné štíty, ochranné brýle a absorbní filtry. K poškození zraku může dojít nejen při práci, ale i při trávení volného času. Nebezpečí úrazu očí při volnočasových aktivitách občanů je často podceňováno. Nejčastěji zde dochází k úrazům oka při řezání či opracovávání dřeva, při stavebních pracích, při natírání a podobných pracích v domácnosti, na rekreačních chatách a chalupách, při sportovních aktivitách a jiných zájmových činnostech. Prevence v oblasti nepracovních úrazů je obtížnější, vzhledem k tomu, že záleží na každém člověku, jak k tomu přistoupí. (Kvapilíková, 1999)

Ke vzniku některých zrakových onemocnění může přispívat i nezdravá strava. Změnou stravy lze oddálit vznik některých zrakových onemocnění a dle některých studií i zabránit jejich vzniku. Např. omega 3 mastné kyseliny obsažené v některých rybách jako

např. losos, platýs nebo tuňák, mohou dle některých studií minimalizovat suché oči a mohou zabránit i vzniku šedého zákalu. Podobně vitamíny B6 a B12 mohou oddálit projevy šedého zákalu. Pozitivní vliv na oči má i vitamin A obsažený v mrkvi, zejména v mrkvi tepelně upravené. Vhodné je zařadit do jídelníčku bobulovitou zeleninu, která obsahuje lutein a zeaxanthin, které chrání sítnici oka před poškozením způsobených ultrafialovým zářením a zabraňují degeneraci sítnice. (Dostupné z <http://www.acuvue.cz> )

Z výše uvedeného vyplývá, že prevencí nemocí očí a očních úrazů v zaměstnání nebo mimo zaměstnání, při volnočasových aktivitách, změnou životního stylu (nezdravá strava, kouření, alkohol, nedostatek pohybu), lze oddálit vznik některých zrakových onemocnění a v některých případech vzniku zrakových onemocnění a úrazů zabránit.



## 4. Senioři se zrakovým postižením

Přítomnost zrakového postižení má svá specifika, jejichž prostřednictvím ovlivňuje život člověka. Protože se obecně zvyšuje hranice průměrného věku, kterého se lidé dožívají, zvyšuje se tím úměrně i počet osob starších věkových kategorií s některým druhem postižení. Roste potřeba tato postižení kompenzovat a postiženým pomoci v jejich rehabilitaci a společenském uplatnění.

### 4.1. Problematika zrakového postižení seniorů

S prodlužujícím se věkem, narůstá i počet lidí se zrakovými vadami. Celosvětově je míra zrakového postižení vyšší u žen než u mužů. Na jednoho nevidomého muže připadají průměrně dvě ženy, které mají stejný stupeň zrakového postižení. V kategorii nevidomých připadá 65% na ženy. Podle Světové zdravotnické organizace se počet osob zrakově postižených stále zvyšuje a dle jejích odhadů se počet osob se zrakovým postižením do roku 2020 zdvojnásobí. (Stejskalová, in Ludíková, 2012)

Pokud jde o příčiny vzniku zrakového postižení v seniorském věku mezi nejčastější patří věkem podmíněná makulární degenerace, dále senilní katarakta, diabetická retinopatie a glaukom. (Ludíková, 2012)

Zrakové postižení, kromě řady omezení, představuje pro každého člověka velkou psychickou zátěž. Pokud jde o seniory je prokázáno, že s rostoucím věkem dochází k výrazné proměně kognitivních funkcí. V důsledku biologických a fyziologických změn se u seniorů zhoršuje paměť, motorika a mimo jiné se také výrazně zhoršuje i percepce tj. příjem podnětů (zrakových i sluchových). Dochází ke změnám v centrální nervové soustavě. Negativní dopady zrakového postižení na seniory popisuje např. Květoňová - Švecová (2000, s.67) „zrakové postižení, které nastává v souvislosti se seniorským věkem často zhoršuje akceptaci a přizpůsobování se nové situaci života se zrakovým postižením, ve smyslu zachování životní aktivity a energie. Často se můžeme setkat se seniory se zrakovým postižením, kteří upadají do pasivity a podléhají depresivním náladám“.

Člověk seniorského věku se tak dostává do zcela nové situace, kterou přináší seniorský věk. V případě zrakového postižení se musí vyrovnávat i s tímto onemocněním, kterému ještě více ztěžuje kvalitu jeho života. Senioři se hůře přizpůsobují novým

životním situacím, proto je nutné k nim přistupovat citlivě a respektovat jejich aktuální možnosti. Je nesporné, že řada seniorů tak potřebuje podporu a pomoc svých nejbližších a společnosti.

#### **4.2. Podpora a pomoc zrakově postiženým seniorům, motivace, kompenzační pomůcky**

Při podpoře a pomoci zrakově postižených seniorů se vychází z komprehenzivní (ucelené) rehabilitace, která se využívá při současném pojetí léčby osob s postižením. Jde o interdisciplinární terapeutické postupy, které zahrnují nejen zdravotnickou péči, ale také péči sociálně právní a pedagogicko psychologickou.

Jesenský (1995) rozděluje komprehenzivní rehabilitaci na čtyři složky: rehabilitaci léčebnou, pracovní, sociální a pedagogickou. Ucelená rehabilitace staví na možnostech jedince, vychází z jeho pozitivních vlastností a dovedností a ne z negativních stránek a důsledků postižení.

Z hlediska sledované skupiny zrakově postižených seniorů představuje nejvýznamnější roli složka léčebná a sociální. Dle J. Jesenského (1995, s.39) je „*sociální rehabilitace proces učení žít s vadou (defektem), proces překonávání neschopností (znovuuschopňování) v individuálně (osobně), i společensky významných činnostech, proces prevence i odstraňování defektivit a handicapů. Konečným výsledkem tohoto procesu je akceptace vady, životní pohoda a na nejvyšším stupni také integrace*“.

V letech 1990 až 1994 vybudovala Česká unie nevidomých a slabozrakých, jako předchůdkyně Sjednocené organizace nevidomých a slabozrakých ČR, ucelený a v našich podmínkách ojedinělý systém základní sociální rehabilitace, který obsahuje jak pobytovou, tak ambulantní a terénní složku. Cílem pobytové rehabilitace je dát klientovi základy těchto činností intenzivnější formou a maximálně jej stimulovat k překonávání obtíží souvisejících se zrakovým postižením. Pobytová rehabilitace je zpravidla úzce propojena s pracovní rehabilitací a následnou rekvalifikací. Pobytová rehabilitace je poskytována také osobám s těžším postižením (mnohdy kombinovaným zrakovým a mentálním postižením), pro něž je ambulantní a terénní forma nedostačující. V rámci rehabilitačního působení se poskytování péče a pomoci zaměřuje jednak na klienta, jednak na jeho okolí, zejména rodinu. (Dostupné z <http://www.brailnet.cz/sons/docs/konc98.htm>)

Programy sociální rehabilitace pro zrakově postižené jsou zaměřeny na rozvoj zrakových funkcí, výcvik, čtení a psaní Braillova písma, rozvíjení představ a tyflografického výcviku, prostorovou orientaci a samostatný pohyb, sebeobsluhu a vedení domácnosti, pěstování rodinného života, společenského styku a vystupování na veřejnosti, včetně doplňujících programů. (Květoňová-Švecová, 2000)

Programy sociální rehabilitace pro zrakově postižené jsou zajišťovány společnostmi Tyfloservis, o.p.s. a jejími ambulantními středisky v jednotlivých krajích, dále obecně prospěšnými společnostmi TyfloCentrum v jednotlivých krajích a dále společností Dědina, o.p.s. Programy sociální rehabilitace pro zrakově postižené jsou rozděleny na programy sociální rehabilitace I. a II. stupně.

Programy sociální rehabilitace I. stupně zahrnují poskytování těchto služeb: samostatný pohyb a orientaci v prostoru, obsluhu, stolování a hygienu, čtení a psaní slepeckým písmem, nácvik a používání náhradních smyslů. Tyto služby zajišťuje Tyfloservis o.p.s. s ambulantními středisky v jednotlivých krajích terénní formou v domácím prostředí klienta, s cílem co nejvíce minimalizovat dopad těžkého zrakového postižení i s aktivní účastí rodinných příslušníků. Dále tyto služby poskytuje obecně prospěšná společnost Dědina, která zajišťuje tyto služby formou s lékařským dohledem pro klienty v krizi, u kterých sociální rehabilitace nelze poskytovat v domácím prostředí a je předpoklad, že se klient po středně dlouhém pobytu do domácího prostředí vrátí. Programy sociální rehabilitace II. stupně obsahují poskytování těchto služeb: nácvik obsluhy kompenzačních pomůcek na zpřístupnění a zpracování informací a servis s těmito pomůckami související. Jedná se o nácvik obsluhy speciálních pomůcek, které nevidomým a slabozrakým občanům pomáhají překonávat informační deficit způsobený velmi značným omezením přístupu k informacím. Jde o pomůcky poměrně složité a náročné na obsluhu. Jejich efekt je však značný - těžce zrakově postiženému člověku otevírají přístup k informacím uloženým ve formě běžných tištěných textů nebo digitálních dat. Nácvik jejich obsluhy je velmi obtížný a zdlouhavý, neboť je v jeho rámci třeba zvládnout nejen obsluhu počítače a běžného programového vybavení, ale také speciálních periférií (hmatové displeje, akustické výstupy) a speciálních software pro jejich obsluhu.

(Dostupné z <http://www.brailnet.cz/sons/docs/konc98.htm>)

Služby sociální rehabilitace II. stupně zajišťují v jednotlivých krajích TyfloCentra o.p.s. docházkou do denního stacionáře, do kterého dochází klient, aniž musí přerušit studium,

zaměstnání, pobyt doma u rodiny, s cílem co nejvíce minimalizovat dopad těžkého zrakového postižení i s aktivní účastí rodinných příslušníků. Dále tyto služby zajišťuje obecně prospěšná společnost Dědina, a to pobytovou formou pro klienty, kteří nemají ve své blízkosti takový denní stacionář nebo jim pracovní či studijní vytížení neumožňuje nejbližší takový stacionář navštěvovat. Krátkodobé pobyty umožní klientovi absolvovat např. kurz nácviku obsluhy kompenzačních pomůcek. V rámci sociální rehabilitace jsou dále poskytovány další služby, jako jsou např. asistenční služby, sociální práce, socioterapeutické služby, úpravy prostředí a odstraňování architektonických bariér a ostatní činnosti, jako je poradenská činnost, prevence nezaměstnanosti a podpora pracovního uplatnění, pořádání krátkodobých rekondičních a rehabilitačních pobytů, výcvik vodících psů a servis jejich držitelům.

(Dostupné z <http://www.brailnet.cz/sons/transformace/kdo-co.html>)

Základní sociální rehabilitace je tím nejdůležitějším, co člověk, který ztratil zrak, potřebuje pro stabilizaci svého zdravotního stavu. U jiných skupin občanů se zdravotním postižením, zejména u občanů s postižením tělesným, jsou obdobné činnosti zajišťovány ve státních institucích. (Dostupné z <http://www.brailnet.cz/sons/docs/konc98.htm>)

K sociální rehabilitaci zrakově postižených občanů mimo jiné napomáhají další společnosti a organizace. V Praze to je např. Domov pro zrakově postižené seniory Palata, jehož zřizovatelem je Hlavní město Praha, kde jsou realizovány programy jako taneční terapie, canisterapie, reminiscenční terapie, muzikoterapie, aromaterapie, arteterapie. Některé z těchto terapií jako je např. ergoterapie, fyzioterapie, logopedie, arteterapie a muzikoterapie byly vyvinuty v zahraničí speciálně pro tuto věkovou kategorii. (Kimplová, 2010)

Dále existuje celá řada občanských sdružení, které mají za cíl podporovat plnohodnotný a samostatný život lidí se zrakovým postižením a propojovat ho se světem lidí bez postižení, prostřednictvím sociálních služeb, dobrovolnických, kulturních a osvětových aktivit. Je to například sdružení Okamžik v Praze nebo sdružení Timšel, které podporuje rehabilitační programy poskytované Institutem rehabilitace zrakově postižených při Fakultě humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze. Dále pak stojí za zmínku sdružení Kafira, jehož posláním je vyrovnávat příležitosti občanů se zrakovým postižením v pracovním i společenském začlenění. Klub Manus, jehož cílem je realizovat komunikační prostor pro mladé lidi, vidící nebo nevidomé, kteří jsou otevření společným

aktivitám, vytvářet síť kontaktů mezi vidícími a nevidomými mladými lidmi, Cech zrakově postižených masérů a mnoho dalších. (Kimplová, 2010)

V roce 2008 vydalo sdružení Okamžik pod názvem „Adresář poskytovatelů služeb pro osoby se zrakovým postižením“ podrobný seznam jednotlivých organizací s kontakty na jednotlivé organizace. (Dostupné z [http://www.medvik.cz/link/MED\\_00167451](http://www.medvik.cz/link/MED_00167451))

Velký význam pro život zrakově postižených mají kompenzační pomůcky, které usnadňují integraci zrakově postižených do pracovního i společenského života. Bez těchto pomůcek by byla jejich integrace velmi ztížena. Kompenzačními pomůckami se rozumí nástroje, přístroje nebo zařízení, speciálně vyrobené nebo speciálně upravené tak, aby svými vlastnostmi a možnostmi použití kompenzovaly handicap způsobený zrakovou vadou. Jejich použitím dochází k odstranění, zmírnění nebo překonání následků zrakového postižení. Kompenzační pomůcky pro zrakově postižené lze dělit do různých skupin např. optické pomůcky, optoelektronické pomůcky (kamerové lupy apod.), výpočetní technika, mobilní telefony, digitální záznamníky, diktafony, pomůcky pro usnadnění mobility (bílé hole, opěrné hole, ultrazvukové vyhledávače překážek, vodící pes apod.), pomůcky pro zápis Braillova písma, hodinky apod. (Bubeníčková, 2012)

Kompenzační pomůcky pro zrakově postižené lze rozdělit dle oblasti jejich využití na pomůcky pro běžný život, pohyb a orientaci v prostoru, dále na pomůcky pro zpřístupnění a zpracování informací (pro studium, vzdělávání, práci atd.) a na pomůcky pro volný čas. Pomůcky pro běžný život a orientaci v prostoru pomáhají při sebeobsluze, přípravě pokrmů, výběru ošacení, pohybu v terénu atd. Hůl lze považovat za základní pomůcku zrakově postiženého člověka. Umožňuje vyhledávat body, rozpoznávat typ terénu a překážky, šířku prostoru a upozornit na některá úskalí. Elektronickými orientačními pomůckami, které využívají laser nebo ultrazvuk je uživatel informován o překážkách akustickými signály. Nejsou však masově využívány na rozdíl od technologie, jako je zvukový majáček, umístěný na významnějších budovách nebo v prostředcích hromadné dopravy, kde hlásí zrakově postiženému u MHD číslo linky, cílovou stanici apod. Tyto majáčky jsou aktivovány pomocí dálkového ovladače, který má zrakově postižený v ruce nebo instalovaný v bílé holi. Dochází rovněž k rozšiřování GPS navigace a k vývoji elektronické orientační pomůcky, která by sloužila pro bezpečný samostatný pohyb zrakově postižených osob a upozorňovala je na překážky ve výši hlavy a horní části trupu, které nelze zachytit bílou holí. Pro běžný život v domácnosti zrakově postiženého mají velký význam různé měřicí přístroje (např. kuchyňské váhy s hlasovým

výstupem, minutník, osobní váha s hlasovým výstupem, tonometr a glukometr s hlasovým výstupem, ozvučený teploměr pro měření vnitřní a venkovní teploty či teploměr lékařský, hodinky a budíky s hlasovým nebo hmatovým výstupem, indikátor barev, který rozlišuje barvy na oblečení, indikátor hladiny, který akusticky signalizuje hladinu tekutiny a různé typy optických pomůcek. Pomůcky pro zpracování a zpřístupnění informací jsou využívány pro studium, pro přípravu na práci, vzdělávání, četbu, prohlížení obrázků, předmětů i pro ruční psaní. Patří sem různé typy speciálně upravených počítačů, digitální zvětšovací lupy, kapesní kalkulátor s hlasovým výstupem, diktafon, Pichtův psací stroj k psaní poznámek v Braillově písmu (tedy zápis textu pomocí šesti bodů umožňující čtení hmatem) nebo čtecí přístroj pro nevidomé s hlasovým výstupem. Při práci s počítačem mohou zrakově postižení využívat speciální hardwarové zařízení, které převádí část jednoho řádku textu z počítačové obrazovky do hmatové podoby. Pomůckami pro volný čas jsou např. různé stolní hry, které jsou vhodně hmatově nebo zvukově upravené (šachy, člověče nezlob se, piškvorky, mlýn, domino, karty apod.). Dále např. přizpůsobený stolní tenis, zvuková střelba (střelba laserovou pistolí na terč, kdy má střelec na uších sluchátka a podle výše zvukového tónu pozná vzdálenost od středu), ozvučený volejbalový míč a další. Zrakově postižení mohou na některé pomůcky získat příspěvek od státu (tzv. příspěvek na opatření zvláštních pomůcek). Výše příspěvku se liší dle typu pomůcky, finančních a majetkových možností žadatele. Některé další pomůcky jsou hrazeny plně nebo částečně zdravotními pojišťovnami. (Kimplová, 2010)

## 5. Kvalita života člověka se zrakovým postižením

Kvalita života představuje termín, který je v současné době velmi užívaný a často se stává předmětem výzkumu při zkoumání řady problémů. Je používán v řadě vědních disciplín do kterých se původně dostal z ekonomie a sociologie, při zkoumání např. životní úrovně, kde se používala zejména kvantitativní kritéria. Postupně se však přecházelo ke kvalitativním kritériím a do zkoumání se zapojovaly další obory jako medicína, psychologie a pedagogika. Do teoretických definic kvality života se tak postupně začaly promítat další hlediska, jako např. definice kvality života z hlediska filosofického, psychologického, sociologického nebo zdravotnického.

Definice kvality života existuje celá řada. Jejich znění pak odráží jednotlivé koncepty, či vědní obory. Např. dle psychologa Cumminse 1997 (in Ludíková, 2012, s. 11) *„Kvalita života je objektivní i subjektivní, obě osy zahrnují sedm stejných domén: materiální well-being, zdraví, produktivitu, intimitu, bezpečí, komunitní a emoční well-being. Objektivní domény tvoří kulturně relevantní míry objektivního well-beingu. Subjektivní domény tvoří spokojenost v rámci každé domény, která je vážená podle důležitosti pro jednotlivce“*. Podle Kirbyho a Brookse 1994 (in Dragomirecká, Škoda, 1997, s. 104) je *„Kvalita života stupeň, v němž prožívání života uspokojuje individuální psychologická a fyzická přání a potřeby, je výsledkem osobních hodnot a životního stylu, skrz něž se je jedinec snaží naplnit“*. .

Kromě obsahové nejednotnosti vymezení rámce kvality života daných především různým pohledem jednotlivých vědních disciplín se vyskytují i formální nepřesnosti, jako je např. u nás používaný výklad pojmu well-being, Ten je běžně překládán jako pohoda, ale dle Payna je vhodnější používat v této souvislosti výraz smysl života.

Dle Džuky (in Ludíková, 2012, s.9) *„Lze v současnosti vypořádat čtyři hlavní směry týkající se kvality života a osobní pohody (well-being). První směr neodráží význam vztahu obou konstruktů (myšleno kvality života a osobní pohoda), druhý směr považuje kvalitu života za mnohohrstevnatou kategorii, v níž je již osobní pohoda obsažena. Třetí směr ztotožňuje kvalitu života s osobní pohodou a čtvrtý směr vnímá osobní pohodu jako indikátor kvality štěstí“*.

Hovoříme-li o kvalitě života, můžeme tím mít na mysli jak život jednotlivce, tak skupiny lidí (obyvatelé města, národ).

Dle českého psychologa Křivohlavého lze kvalitu pojímat staticky i dynamicky či deskriptivně a preskriptivně. Statické pojetí odkazuje na určitý časový údaj (rok,

současnost), dynamické pak sleduje změny, progres v čase. Deskriptivním pojetím je míněn popis stávajícího stavu. Žádoucím je ovšem pohled do budoucna, hledání cíle našeho snažení. (Křivohlavý, dostupné z [http://volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c\\_kv\\_ziv.html](http://volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kv_ziv.html).)

Křivohlavý (2002) „rozlišuje čtyři roviny kvality života:

- *Makro rovina – v jejím případě se jedná o zevrubné zamyšlení se nad kvalitou života z pohledu absolutního smyslu života, neboť tento pohled je zaměřen na kvalitu života velkých společenských celků (např. určité země, kontinentu apod.). V tomto ohledu se problematika kvality života stává součástí úvah a praktické činnosti politiků.*
- *Mezo-rovina – v tomto případě jde o měření kvality života v kontextu malých sociálních skupin (např. ve škole, v podniku, nemocnici apod.). Kromě respektu k morální hodnotě člověka jsou v této rovině sledovány rovněž záležitosti sociálního klimatu a interpersonálních vztahů, sdílení hodnot, stejně jako uspokojování základních potřeb všech členů příslušné skupiny.*
- *Personální rovina – je zaměřena na život jednotlivce. Hodnocení kvality života tu vychází se subjektivního hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, naděje a jiných podobných ukazatelů. S ohledem na subjektivní charakter získávaných informací je nutno brát do úvahy fakt, že se v tomto hodnocení promítají takové faktory, jako např. osobní hodnoty jednotlivce, představy, očekávání, přesvědčení apod., jež jsou s to vnímání kvality života významně ovlivnit.*
- *Rovina fyzické existence – v popředí zájmu zde stojí fyzická (tělesná) existence člověka. Tato je posuzována na základě pozorovatelného chování jiných jedinců, jež jsou objektivně měřitelná a srovnatelná “. (Křivohlavý, 2002, in Ludíková, 2012, s.10 a 11)*

Měřením je v obecné rovině myšlen proces, kdy určitým jevům nebo objektům přiřazujeme číslo. Měření bývá nejčastěji realizováno na úrovni: poměrové, intervalové, ordinální (proměnné mohou být seřazeny) a nominální (proměnné mohou být vyjmenovány). Při měření kvality života je třeba dodržet metodicky uznávané náležitosti jako je validita, relativita nebo citlivost. (Ludíková, 2012)



Dle Křivohlavého lze metody měření kvality života rozdělit do tří skupin:

1. Metody měření kvality života, kde tuto kvalitu hodnotí druhá osoba (objektivní)
- 1.2. Metody měření kvality, kde hodnotitelem je sama daná osoba (subjektivní)
- 1.3. Metody smíšené, vzniklé kombinací metod typu I. a II.

(Křivohlavý, in Ludíková, 2012)

V posledních letech lze sledovat při posuzování a měření kvality života příklon k subjektivnímu pojetí hodnocení tohoto fenoménu. Subjektivní pojetí kvality života je jistým hodnocením objektivně daného stavu, odkazem na spokojenost (míru satisfakce) s danou situací. Narozdíl od objektivního vnímání kvality života, které směřuje k popisu daného stavu, reality a bývá poměrně snadno kvantifikovatelné. Každá z uvedených metod obsahuje řadu různých prvků a postupů (rozhovor, dotazník apod.). (Ludíková, 2012).

Podle WHO kvalita života zahrnuje jedincovu percepci jeho místa v životě. Podle Vaďurové, H. a Mühlpachra, P. *„Toto vnímání je ovlivněno kulturou, hodnotovým systémem, vztahem člověka k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jako další proměnné zde vystupují psychosomatický stav jedince, sociální vztahy, osobní vyznání a také vztah ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí“*. Při hodnocení kvality života podle Vaďurové a Mühlpachra *„...je nutné dodržet následující kroky:*

- *popsat účel hodnocení,*
- *popsat vzorek populace,*
- *konceptualizovat závěry kvality života,*
- *vybrat nástroj pro měření kvality života,*
- *provést pre-testování nebo pilotní studii, shromáždit data a analyzovat závěry“*.

(Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s.52).

Pokud jde o zkoumání kvality života zdravotně postiženého seniora konstatuje J.Jesenský že *„...handicapovaný člověk má několik dimenzí: somatickou, psychickou, duchovní, ekologickou, sociální, kulturní a pracovní ekonomickou. Z toho vyplývá, že zdravotně handicapovaný člověk není při adaptacích na výše uvedené dimenze v rovnocenném postavení ve srovnání s intaktním člověkem a při uspokojování svých specifických potřeb potřebuje specifickou podporu“*. Jesenský, 2002, s. 9)

Z uvedeného vyplývá, že při zkoumání kvality života zrakově postiženého člověka má nezastupitelné místo chování celé společnosti, to jak se společnost staví ke zdravotně postiženým občanům seniorům.

## **5.1 Případová studie**

Jedním z cílů bakalářské práce je ukázat, jak se zrakové postižení seniorů promítá do kvality jejich života. Proto jsem také provedla sociologický výzkum, ve kterém jsem na případu vážně zrakově postižené seniorky, která přišla o zrak před odchodem do důchodu, zjišťovala, jak se s touto skutečností vyrovnává. Jak se její zrakové postižení promítá do kvality jejího života a jaká podpora a pomoc je jí poskytována. Respondent byl zvolen tak, aby reprezentoval pokud možno věrně tuto skupinu postižených. Výběr respondenta jsem provedla po konzultaci s vedoucí mojí bakalářské práce paní Doc.Květoňovou. Jako respondentku jsem si vybrala paní v seniorském věku, která oslepla v 55 letech a je již 17 let nevidomá. Pro ochranu jejích osobních údajů ji v bakalářské práci budu říkat paní Dana.

Při měření kvality života jsem použila objektivní metody měření kvality života. Základní metodou mého výzkumu byl osobní kontakt s respondentkou při vykonávání jejích běžných denních činností, nestandardizované rozhovory s respondentkou a společné vyplnění dotazníku týkajícího se kvality jejího života. Cílem těchto rozhovorů bylo zjistit jak jí její vážné zrakové postižení změnilo život. Zjistit údaje o rodinném zázemí seniorky, jakým způsobem zajišťuje svoje běžné potřeby a zájmy, jaká je její finanční situace a jak je se svým životem spokojena. V jakých podmínkách osoba s vážným zrakovým postižením žije a jakým způsobem musí řešit svoje problémy. Jaká je kvalita jejího života.

O těchto rozhovorech jsem si po každém setkání dělala písemné poznámky, poznatky a zjištění jsem následně analyzovala. Celkem jsem uskutečnila 7 návštěv v bytě respondentky. Po bližším seznámení jsem se stala jejím osobním doprovodem při návštěvách klubu v centru SONSu v Plzni na Borech, kde se realizují schůzky a různé aktivity podobně zdravotně postižených. Několikrát jsem ji doprovázela při běžných činnostech mimo domov, které jsou pro nevidomého seniora bez pomoci vidoucích velmi těžko proveditelné. Jednalo se např. o návštěvu lékárny, kadeřníka či drobný nákup.

Pro zajištění zpětné vazby jsem s respondentkou v závěru provedla cílený rozhovor spojený s vyplněním specifického dotazníku (dotazník vytvořený pro jeden typ

onemocnění), který se týkal kvality jejího života. V dotazníku jsem zjišťovala jak hodnotí respondentka svůj celkový zdravotní stav, zrakové postižení, vlastní péči o zdraví, zaměstnanost, podporu ze systému státního sociálního zabezpečení, pomoc společnosti a blízkých příbuzných při zabezpečení běžných životních potřeb a svoje zájmové aktivity. Dotazník jsem zpracovala dle publikace J. Jesenského „*Přehled systému komprehenzivní tyflopédie*“. (J. Jesenský, 2002, s.14) Použila jsem v něm metodu MANSA (Manchester Shor Assesment of Quality of live – krátký způsob hodnocení kvality života). Cílem této metody je vytvořit jasný obraz kvality života jedince v aktuálním momentu. (Ludíková, 2012)

Dle J. Křivohlavého (2001) „*Touto metodou jsou zjišťovány tyto oblasti:*

- *zdravotní stav*
- *sebepojetí*
- *bezpečnostní situace*
- *životní prostředí*
- *právní stav*
- *finanční situace*
- *náboženství*
- *trávení volného času*
- *zaměstnání* (Křivohlavý, 2001, in Ludíková, 2012, s. 21)

Výzkum jsem prováděla celkem po dobu deseti měsíců, v roce 2014 – 2015.

Je třeba podotknout, že respondentka byla reprezentantem skupiny zrakově postižených, kteří zcela ztratili zrak až v pozdějším věku.

Paní Daně je v současné době 72 let. Svým věkem patří mezi mladší seniory. Zrak ztratila v 55 letech, když podle jejích slov oční lékařka včas nerozpoznala Glaukom. Paní Dana se narodila v Plzni, kde vystudovala střední ekonomickou školu a po vystudování pracovala až do ztráty zraku jako účetní. Po ztrátě zraku už nikde nepracovala. Byla 32 let vdaná a měla dceru. Když ztratila zrak manželství se jí rozpadlo, manžel odešel k jiné ženě. Tři roky po ztrátě zraku jí zemřela dcera, která sama vychovávala dvě děti (12 a 14 let). Tato tragická situace dokázala paní Danu zmobilizovat do té míry, že se přestěhovala do bytu své zesnulé dcery a začala se starat o výchovu jejích dětí, tedy svých vnoučat. Vnučka se v dospělosti odstěhovala do Anglie, kde pracuje a babičku vídá tak třikrát do roka, jinak spolu komunikují telefonicky. V současnosti žije s vnukem, který každý den brzy ráno odjíždí do práce a vrací se až večer.

### Shrnutí poznatků

Paní Dana je v současné době v důchodu a nepracuje. Ke ztrátě zraku došlo před sedmnácti lety, krátce před jejím odchodem do starobního důchodu a proto už neabsolvovala žádný rekvalifikační kurz. Zdravotní stav paní Dany je přiměřený jejímu věku. Je držitelkou průkazu ZTP. Hlavní důvod její ztráty zraku byl Glaukom. K očnímu lékaři dnes nedochází, oftalmologickou péči hodnotí jako špatnou. Svůj zdravotní stav sama hodnotí jako uspokojivý. Kromě uvedeného zrakového postižení netrpí žádnou vážnější nemocí.

Z biologického hlediska její tělesná schránka vykazuje v tomto věku běžné znaky spojené se stářím. Na její pokožce jsou patrné drobné stařecké skvrny, má šedivé vlasy. Paní je středně velké štíhlé postavy. úbytek svalové hmoty u ní není patrný. Na svůj věk vypadá velice mladistvě, nepoužívá make up.

Z psychologického hlediska nejsou u respondentky na první pohled zřejmé žádné známky poklesu senzomotorických funkcí. Její pozornost je na dobré úrovni, reaguje poměrně bystře. Jak mohu soudit z proběhlých schůzek s pamětí nemá zatím žádné problémy, komunikuje aktivně a pohotově, a to i v prostředí, které nezná úplně detailně. Počítá rychle, o čemž jsem přesvědčila, když jsem ji doprovázela na nákup. Snaží se žít aktivně, sleduje společenské dění, čas od času se navštěvuje s kamarádkami, které bydlí poblíž a kam lze dojít pěšky. Udrhuje kontakt s přáteli s centra SONSu a snaží se aktivně přispívat k jeho činnosti.

Spolu s vnukem bydlí na sídlišti v panelovém bytě 3 + 1. Byt má velmi útulně zařízený, vzorně uklizený a čistý. Podle svých slov si běžný úklid bytu zajišťuje sama, pouze s větším úklidem ji pomáhá vnuk. V domácnosti se pohybuje bez jakékoli podpory, poměrně svižně. Snaží se hezky oblékat. Šaty si vybírá podle indikátoru barev. Nejraději má světlé oblečení.

Paní Dana po ztrátě zraku absolvovala kurz prostorové orientace, který byl pořádán Tyfloservisem. Venku používá bílou hůl, a to podle svých slov spíše pro větší jistotu v neznámém prostoru. V bezprostředním okolí svého bydliště se dokáže v případě potřeby pohybovat bez doprovodu, nakoupit základní potraviny nebo navštívit kadeřníka. Sama zvládne 1x týdně návštěvu centra SONSu, které je na druhém konci města. Přitom využívá městskou hromadnou dopravu (tramvaj). Větší jistotu však podle svých slov má s doprovodem. Do zahraničí nejedí.

Sama zvládá běžné životní potřeby, jako je telefonování, péče o domácnost, vyřizování na úřadech, nákupy, žehlení a uklízení. Kladně hodnotí i pomoc veřejnosti při cestování, nákupech a jednání na úřadech je-li sama.

Před ztrátou zraku se hodně věnovala chalupě a zahradničení. To byla její největší záliba. Po ztrátě zraku prodala chalupu, kde pěstovala zeleninu, ovoce a starala se o květiny. K tomu se už nikdy nevrátila. Po ztrátě zraku, kdy musela sama zvládnout základní činnosti péče o rodinu oslovila krajskou organizaci Tyfloservisu, aby jí pomohla se zvládnutím především činností v péči o rodinu. Před ztrátou zraku ráda vařila, je výborná kuchařka. Když zjistila, že zrakové postižení ji ve vaření a v péči o domácnost až tak moc neomezuje a nestresuje ji, měla velkou radost, že to zvládla. Postupně započala nácvik prostorové orientace a nácvik chůze s bílou holí. Braillovo písmo se nenaučila, podle svých slov o to nemá zájem.

Doma přes den poslouchá rozhlas a televizi. Počítač nemá a podle svých slov ani po něm netouží. Určitý smysl života našla v pravidelných setkáních se svými přáteli ze SONSu, se kterými se schází pravidelně jednou týdně v centru na Borech. Zde si společně posedí, popovídají nebo se zúčastní besed a přednášek na různá témata. Společně přibližně 4x do roka jezdí na různé výlety a exkurze. Aktivně se zapojuje do činnosti centra. Např. se snaží na tyto akce získat peníze obvoláváním různých firem, které žádá o finanční podporu.

Při řešení praktických potřeb, se kterými se v životě potýká ji pomáhá Tyfloservis, SONS, další postižení a přátelé, u kterých hledá pomoc. U rodiny velkou podporu nemá, vše zvládá sama. V klubu SONSu a od jiných postižených získává informace o životě, podmínkách, možnostech a nárocích zrakově postižených.

Finanční podporu ze systému sociálního zabezpečení hodnotí jako dostatečnou. Ze systému státního sociálního zabezpečení pobírá příspěvek na zvýšení důchodu pro bezmocnost a příspěvek na kompenzační pomůcky. Dle jejího názoru se stát stará o nevidomé občany v rámci svých možností dostatečně.

Paní Dana má veselou povahu a na první pohled by se dalo říci, že se se svým onemocněním vypořádala na výbornou, ale úplně tomu tak není. Přestože od totálního oslepnutí uběhlo již 17 let, mívá podle svých slov často deprese a se svým postižením se zatím úplně nesmířila. Stále obviňuje oční lékařku ze zanedbání. Fází usmíření ještě neprošla, tedy nevyrovnala se s postižením zcela a je otázkou jestli se to někdy změní. Osud k ní byl velmi nepříznivý, zejména pokud jde o ztrátu nejbližších, a to především v

období kdy ke ztrátě jejího zraku došlo (ztráta dcery, manžela). S vnukem se kterým žije ve společném bytě si dle svých slov příliš nerozumí a další nejbližší člověk vnučka je příliš daleko. Jiné nejbližší příbuzné nemá. Podle svých slov se cítí opuštěná a má deprese. Je obdivuhodné, že na lidi úplně nezanevřela a snaží se s nimi komunikovat. Zejména v centru SONSu, kde se aktivně podílí na jeho činnosti nebo s kamarádkami, které má poblíž svého bydliště ještě z doby kdy pracovala.

Pokud jde o kvalitu jejího života po ztrátě zraku z výše uvedeného vyplývá, že z obecného hlediska existují ještě další možnosti jak jej zlepšit, jako např. naučit se Braillovo písmo, což by jí otevřelo další možnosti jak lépe trávit svůj volný čas. To však bez aktivního zájmu vážně zrakově postižené seniorky není možné dosáhnout. Záleží tedy i na osobnosti každého zrakově postiženého.

Je zřejmé, že vážné zdravotní postižení paní Dany, která ztratila zrak ve vyšším věku, vážně zasáhlo do jejího života. Přestože se s ním dosud vnitřně zcela nevyrovnala, dokázala využít některé možnosti, které rehabilitační systém v České republice zdravotně postiženým občanům nabízí. Zachovat si, i když částečně omezenou kvalitu života, kterou měla před svým zrakovým postižením.

Zásadní je zjištění, že i když se to snaží překonávat, po psychické stránce na tom není dobře. Chybí jí dcera, která pro ni byla v těžkých situacích oporou. Nemá vedle sebe žádného bližšího člověka, se kterým by si rozuměla. S vnukem, se kterým žije si nerozumí. Proto je správná cesta, že se snaží o komunikaci s dalšími lidmi, se kterými ji pojí podobné zdravotní postižení. V tomto případě má pro ni nezastupitelnou roli centrum SONSu, kde se pravidelně setkává se svými přáteli.

Handicap vyplývající z jejího zdravotního postižení a z pocitu opuštění se snaží překonávat svoji veselou povahou. Poněkud varující je však skutečnost, na kterou mě sama upozornila, a to že mívá často deprese, které nijak neřeší. Nevím, jak hluboké a závažné tyto deprese jsou, ale myslím si, že by zde byla možná vhodná pomoc odborníka.

Získané poznatky a zkušenosti z této případové studie mě velmi obohatily. Ukázaly jakou kvalitu má život seniorky s vážným zrakovým postižením a s jakými problémy se musí každodenně vypořádat.

## **5.2. Speciální podpora klientů Tyfloservis, o.p.s. a TyfloCentrum Plzeň**

S cílem sdružovat a hájit zájmy nevidomých a jinak těžce zrakově postižených občanů a poskytovat služby vedoucí k integraci takto postižených občanů do společnosti,

byla v roce 1996 založena organizace - občanské sdružení s celostátní působností Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých České republiky (dále jen SONS), která vznikla sloučením do té doby celostátně působících občanských sdružení občanů s těžkým zrakovým postižením České unie nevidomých a slabozrakých a Společnosti nevidomých a slabozrakých v ČR. V současné době tato organizace sdružuje přes 10 000 členů. Tato organizace k naplňování svých cílů ve spolupráci s dalšími zřizovateli služeb z nichž mnohé zřídila jako obecně prospěšné společnosti, usiluje o to, aby síť služeb, jejich návaznost, kvalita a dostupnost, byla co nejlepší. Jednou z nejvýznamnějších společností, jejímž zřizovatelem je SONS, je společnost Tyfloservis, o.p.s., která má sídlo v Praze. Základním cílem této společnosti je terénní a ambulantní sociální rehabilitace nevidomých a slabozrakých po celém území České republiky prostřednictvím krajských středisek. Postupně byl na celostátní úrovni vybudován fungující systém rehabilitace dospělých nevidomých a slabozrakých. ([www.braillnet.cz/sons/docs/konc98.htm.cz](http://www.braillnet.cz/sons/docs/konc98.htm.cz))

Základním zdrojem financování této organizace je dotace Ministerstva zdravotnictví ČR. Tyfloservis, o.p.s. má status speciální školy Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Školiciho pracoviště Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové. Některá krajská střediska Tyfloservisu přijímají stážisty a spolupracují při vedení, konzultacích či oponentuře diplomových a obdobných prací. ([www.tyfloservis.cz](http://www.tyfloservis.cz))

Posláním společnosti Tyfloservis, o.p.s. je nabízet podporu, informace a nácvik dovedností lidem, kteří přes vážné zrakové potíže hledají cestu k co možná nejsamostatnějšímu životu. Působí také na společnost, aby dokázala přispívat k jejich samostatnosti.

Cílem činnosti Tyfloservis, o.p.s. je vybavit zrakově postiženého člověka staršího patnácti let takovými dovednostmi a informacemi, aby byl schopen v maximální možné míře samostatně naplňovat své životní potřeby, aby získal přiměřené sebevědomí, zaměřil se na možnosti svého dalšího rozvoje, ale aby také dokázal rozpoznat své meze a dokázal požádat o pomoc. Vybavit okolní společnost dovednostmi a informacemi, aby byla schopna odstraňovat a nevytvářet nové architektonické ani mezilidské bariéry, které by nadbytečně ztěžovaly situaci nevidomých a slabozrakých, aby byla schopna rozpoznat jejich možnosti a limity a v případě potřeby jim mohla poskytnout konkrétní pomoc. Podporovat u svých klientů převzetí odpovědnosti za svůj vlastní život, samostatnost a

aktivitu, využívání všech potenciálů, kterými je člověk vybaven a celospolečensky podporovat zájem o druhé, toleranci a pomoc. ([www.tyfloservis.cz](http://www.tyfloservis.cz))

Jednotlivá krajská střediska Tyfloservisu o.p.s., která nemají právní subjektivitu, poskytují zrakově postiženým služby jako jsou rehabilitační kurzy, výběr vhodných pomůcek a poradenství. Tyto služby jsou určeny všem lidem ve věku patnácti a více let, kteří mají výrazné potíže se zrakem nebo jsou zcela nevidomí. ([www.tyfloservis.cz](http://www.tyfloservis.cz))

Rehabilitační kurzy jsou zaměřeny na prostorovou orientaci a samostatný pohyb (návčik chůze s bílou holí, bez pomůcek, s průvodcem, výběr vhodných tras), sebeobsahu (návčik vaření, péče o oděvy, osobní hygiena, péče o děti a domácnost atd.), čtení a psaní Braillova bodového písma (včetně psaní na tabulce), návčik vlastnoručního podpisu, návčik psaní na kancelářském stroji a klávesnici počítače, na tyflografiku (návčik samostatného zhotovování reliéfních vyobrazení a rozvoj schopností tato vyobrazení vnímat), rehabilitaci zraku (užívání zraku v maximální možné míře) a na návčik sociálních dovedností (chování v různých společenských situacích a způsob kontaktu s lidmi v dopravě, v obchodech apod.). Při výběru vhodných pomůcek jsou seznamováni zrakově postižení se sortimentem optických, rehabilitačních, kompenzačních a jiných pomůcek. ([www.tyfloservis.cz](http://www.tyfloservis.cz))

Poradenství je zaměřeno na úpravu prostředí a odstraňování architektonických bariér z hlediska potřeb nevidomých a slabozrakých, na speciální komunikační techniky při potížích se zrakem a současně se sluchem (Lormova metoda, prstová abeceda, znakování ruku v ruce a další), na nasměrování na další poskytovatele služeb. Při poskytování služeb jsou uplatňovány následující principy: jednotnost služeb v celé České republice, odbornost v poskytování služeb, dostupnost služeb, návaznost a kombinování služeb, dostatečná informovanost veřejnosti, včasný kontakt s klientem, individuální přístup ke klientovi, návčik dovedností především v reálných podmínkách, využívání dostupného potenciálu zraku, ostatních smyslů a psychických funkcí, podpora samostatnosti, soběstačnosti, nezávislosti a odpovědnosti za vlastní život, prevence dalšího poškození a ochrana práv klientů. Při práci s klienty se klade důraz na terénní individuální práci s klientem v jeho domácnosti či na pracovišti, na trasách, které potřebuje naučit atp.. V některých případech je vhodné využít ambulantních služeb v prostorách střediska Tyfloservisu kde probíhají kurzy skupinové. Odborný program je instruktory někdy zajišťován na rekondičních pobytech pořádaných jinými organizacemi



(např. SONS). Poradenství, výběr pomůcek a rehabilitační kurzy jsou poskytovány bezplatně. ([www.tyfloservis.cz](http://www.tyfloservis.cz))

Kromě přímé sociální rehabilitace zrakově postižených se Tyfloservis o.p.s. průběžně věnuje dalším aktivitám jako jsou semináře pro lékaře, v jejichž rámci nabízí lékařům seznámení s optickými a dalšími pomůckami pro člověka se zrakovými potížemi (indikátor hladiny, bíle hole, glukometr s hlasovým výstupem aj.), v rámci těchto seminářů poskytují lékařům detailnější informace o možnostech života se zrakovou vadou a o službách, na které mohou své pacienty odkazovat. Podobné cíle sledují i semináře pořádané Tyfloservisem o.p.s. pro sociální pracovníky úřadů, kteří schvalují příspěvky na některé kompenzační pomůcky. Odborné veřejnosti nabízí možnosti stáže v Tyfloservisu o.p.s. Dále Tyfloservis o.p.s. připravuje přednášky pro studenty vysokých, vyšších odborných, středních, ale i pro žáky základních škol, které se tematicky vztahují k problematice rehabilitace zrakově postižených. Kromě užívané terminologie, vysvětlení funkčních důsledků zrakové vady, orientace v systému služeb pro nevidomé a slabozraké a jejich členských organizací, v pomůckách a speciálních dovednostech, bývá na přednášky zařazován praktický nácvik průvodcovství a pravidel kontaktu. K těmto tématům patří tyflopsychologie a problematika hluchoslepoty. Přednášky tak mají mimo jiné za cíl působit nejen na skupinu budoucích pracovníků pomáhajících profesí. Tyfloservis o.p.s. prostřednictvím svých instruktorů školí dobrovolníky, kteří pod hlavičkou jiných neziskových organizací vykonávají průvodcovskou službu či osobní asistenci u zrakově postižených klientů. Nácvik průvodcovství, informace o úpravě a jednotlivých oblastech života se zrakovou vadou je určen také rodině nevidomého či slabozrakého člověka, jeho přátelům, známým, kolegům na pracovišti a dalším. Tyflosevis o.p.s. pořádá výstavy, konference, happeningy, pořádá dny otevřených dveří při kterých přibližuje laické veřejnosti život člověka se zrakovými obtížemi, pořádá benefiční koncerty a veřejné sbírky. Instruktoři Tyfloservisu spolupracují s Metodickým centrem odstraňování architektonických bariér Sjednocené organizace nevidomých a slabozrakých ČR při zamýšlených stavebních aj. úpravách ve veřejných budovách a na veřejných prostranstvích s cílem, aby všechny změny byly provedeny v souladu se skutečnými potřebami a možnostmi zrakově postižených lidí. Instruktoři Tyfloservisu o.p.s. pravidelně testují žadatele o vodící psy z hlediska způsobilosti klienta k využívání vodícího psa při zvládnutí prostorové orientace a samostatného pohybu s bílou holí. Tyfloservis o.p.s. se podílí a někdy i pořádá soutěže ve speciálních dovednostech jako je

prostorová orientace, sebeobsluhy, čtení a psaní Braillova písma apod. , kde se mohou zrakově postižení lidé vzájemně porovnat, motivuje je to k překonávání těžkostí, zvyšování samostatnosti. Podílí se na testování nových pomůcek, ještě před jejich uvedením na trh. Podílí se na připomínkování formulací zákonů, vyhlášek a směrnic, které se týkají podmínek života zrakově postižených. ([www.tyfloservis.cz](http://www.tyfloservis.cz))

Krajské ambulantní středisko Tyfloservisu v Plzni sídlí v městské části Bory. Má tři zaměstnance a stálé prostory, které jsou pro jeho činnost nezbytné. Středisku je poskytla městská část. Středisko pořádá pro své klienty kurzy sebeobsluhy, z krátkodobých kurzů je mezi klienty velký zájem o nácvik zvládnutí pohybu na konkrétních trasách v místě bydliště a o sebeobsahu. Středisko se zaměřuje i na multihendikepované klienty, kteří mají postižení zrakové - s hluchoslepými a s diabetiky ve stádiu pozdějších komplikací. Tyfloservis v Plzni je mimo jiné zapojen do programu západočeské metropole v ozvučení městské hromadné dopravy pro zrakově postižené, spolupracuje při osazování přechodu pro chodce zvukovou signalizací. Působí i na širokou veřejnost různými akcemi s cílem přiblížit obtíže života lidí se zrakovým handicapem. ([www.tyfloservis.cz](http://www.tyfloservis.cz))

Tyfloservis Plzeň spolupracuje s řadou organizací jako je Centrum neziskových organizací Plzeň, Fakultní nemocnice Plzeň, sociální referáty okresních úřadů, Středisko rané péče, Svaz diabetiků ČR, Střední zdravotnická škola Plzeň, Střední zdravotnická škola Klatovy, Univerzita Karlova - Lékařská fakulta Plzeň, Vojenská nemocnice Plzeň, ZŠ a Speciálně pedagogické centrum pro zrakově postižené v Plzni, oftalmolog specialista S4 a další oční lékaři, optici a SONS ČR. Středisko působí v plzeňském regionu pro okresy Plzeň - město, Plzeň - jih, Plzeň - sever, Domažlice, Klatovy, Rokycany a Tachov. ([www.tyfloservis.cz/vyroční](http://www.tyfloservis.cz/vyroční) zpráva 2013).

TyfloCentrum Plzen o.p.s., které má právní subjektivitu, nabízí tyto služby: průvodcovskou a předčitatelskou službu, sociální rehabilitaci, sociálně aktivizační služby (volnočasové aktivity), odborné poradenství, dobrovolnictví a půjčovnu kompenzačních pomůcek. Principy poskytovaných služeb jsou následující: chránit důstojnost a lidská práva každého uživatele, vést uživatele služeb k vědomé vlastní odpovědnosti a hledání možnosti, jak uživatele samostatně zapojit do řešení problémů, pomáhat se stejným úsilím všem klientům bez jakékoli formy diskriminace, usilovat o to, aby služby byly poskytovány v souladu s individuálními potřebami, přáními, schopnostmi a dovednostmi uživatelů služeb, chránit klientovo soukromí , respektovat důvěrnost jeho sdělení a

osobních dat, usilovat o neustálé zvyšování odborné úrovně práce a uplatňování nových přístupů a metod. Dbát na to, aby odbornou práci prováděl vždy patřičně kvalifikovaný pracovník. ([www.tc-plzen.cz](http://www.tc-plzen.cz))

Průvodcovskou a předčitatelskou službu poskytuje TyfloCentrum Plzeň o.p.s. zrakově a kombinovaně postiženým osobám od patnácti let. Cílem služby je poskytnout klientovi bezpečný doprovod při vyřizování osobních záležitostí, zajistit klientovi diskrétnost při vyřizování osobních věcí, podpořit klientovu nezávislost na rodině a okolí. Tato služba je poskytována na základě písemné smlouvy a je zpoplatněna. Hodina průvodcovské služby stojí 100,- Kč, účtuje se po čtvrthodinách. Průvodcovská služba je na území Plzeňského kraje poskytována v pracovních dnech od 7,30 – 16,00 hod. Mimo stanovený čas, o svátcích a víkendech po domluvě si mohou tuto službu zrakově a kombinovaně postižení objednat telefonicky nebo osobně minimálně tři dny dopředu. ([www.tc-plzen.cz](http://www.tc-plzen.cz))

V oblasti sociální rehabilitace poskytuje TyfloCentrum Plzeň o.p.s. výuku na počítačích se speciálními programy pro slabozraké uživatele – digitální zvětšovací lupou (zvětšovací software s podporou hlasového výstupu nebo bez) a pro nevidomé uživatele – digitální čtecí přístroj pro nevidomé s hlasovým výstupem (odečítací software). Výuka počítačů je určena pro zrakově a kombinovaně postižení od věku devíti let. Je poskytována na základě písemné smlouvy a je zdarma. Po skončení kurzu je účastník schopný samostatně ovládat počítač pomocí speciálního softwaru a pracovat s ním jako intaktní uživatelé. Výuka probíhá v pracovní dny v učebně TyfloCentra Plzeň o.p.s., eventuálně v případě nutnosti v domácnosti nebo na pracovišti klienta. Cílem je naučit klienta dovednostem a práci s PC a zlepšit tím jeho společenské uplatnění, samostatnost a nezávislost. Zdokonalit získané dovednosti a zvýšit tak možnost společenského a pracovního uplatnění zrakově postiženého uživatele. ([www.tc-plzen.cz](http://www.tc-plzen.cz))

## 6. Závěr

Stáří je důležitou etapou života člověka. V důsledku biologických změn je člověk ve stáří provázen přirozeným úbytkem fyzických a psychických sil. U většiny seniorů postupně dochází ke vzniku řady onemocnění, se kterými se musí vypořádat. Častým postižením ve stáří jsou zraková postižení, z nichž ta nejvážnější, v případě jejich nedostatečné kompenzace, výrazně omezují seniory v jejich životě.

V bakalářské práci jsem v druhé kapitole uvedla, jak stáří a seniorský věk definují různí autoři, protože na toto období života seniorů existuje celá řada definic. Podrobněji je zde uvedeno, jak se stáří, resp. seniorský věk projevují a co je příčinnou stárnutí. Jsou zde popsány tělesné změny, které v organismu člověka v tomto věku probíhají, a které zásadně proces stárnutí člověka ovlivňují. Jedná se o úbytek tkání a nervových buněk, což má za následek celkové zhoršení zdravotního stavu (biologické hledisko). Významnou změnou v tomto věku je i proměna kognitivních funkcí, což způsobuje zpomalení poznávacích procesů a zpomalení reakčních časů. U seniorů dochází v tomto období k poklesu rychlosti ve zpracování informací v centrálním mozgovém systému, zhoršuje se u nich orientace v prostředí, pozornost, paměť a schopnost organismu reagovat flexibilně na nově vznikající situace. Postupně dochází k následným celkovým změnám osobnosti, které se ve stáří vystupňovávají (psychosociální hledisko).

Ve třetí kapitole práce jsem se zaměřila na charakteristiku zraku a zrakových vad seniorů. V seniorském věku dochází ke stále většímu nárůstu zrakových vad a počtu zrakově postižených. Je tomu tak proto, že postupně dochází k prodlužování lidského věku a lidský zrak je současně v důsledku převažujícího způsobu života stále více zatěžován (PC, televize, mobily apod.). Dojde-li k tomuto postižení v seniorském věku, je to o to závažnější, že většina seniorů se v tomto období svého života potýká zpravidla ještě s dalšími nemocemi. Tyto skutečnosti působí negativně na již tak dost oslabenou psychiku seniorů a ve svém důsledku mají významný vliv na kvalitu jejich života. Proto má tak velký význam podpora a pomoc zrakově postiženým seniorům, kde významné místo zaujímá komprehenzivní rehabilitace.

Ve čtvrté kapitole uvádím formy podpory a pomoci zrakově postiženým seniorům a popisuji zde systém programů sociální rehabilitace, který vychází z komprehenzivní rehabilitace.

V páté kapitole jsem se zaměřila, jaký vliv má na kvalitu života zrakové postižení a na formy pomoci zrakově postiženým. Uvedla jsem zde řadu definic kvality života a nastínila širokou škálu pohledů na tuto záležitost.

S cílem přiblížit tuto problematiku na konkrétním případě zrakově postiženého seniora v místě svého bydliště, jsem v páté kapitole zpracovala případovou studii, ve které jsem se zaměřila na konkrétní případ seniorky s vážným zrakovým postižením, která žije v domácnosti. Zajímalo mě jak se její vážné zrakové postižení, promítá do jejího života a jak ovlivňuje jeho kvalitu. Z provedené případové studie vyplývá, že vážně zrakově postižená seniorka, která ztratila zrak před 17 lety ve svých 55 letech toto své postižení dokázala překonat a i když se s ním dosud zcela nevyrovnala, dokázala žít dál hodnotný život. V krátké době si osvojila používání základních pomůcek, které jí umožňují samostatný život ve svém bytě i pohyb mimo svůj domov a zajišťování základních potřeb. S pomocí přátel, z nichž některé poznala v Centru SONSu, dokázala nahradit některé své bývalé koníčky, které po ztrátě zraku nemohla již realizovat, jinými zájmovými aktivitami. Případ respondentky je poučný a ukazuje, že i zrakově těžce postižený senior může ve svém domácím prostředí žít plnohodnotný život, samozřejmě s určitým omezením, které je dáno jeho postižením. To jak se s tímto postižením vyrovnává záleží také na jeho celkovém zdravotním stavu, který je v daném případě vcelku dobrý a na osobnosti daného člověka. Respondentka je veselé povahy. Podle své potřeby dokázala využít možností, které nabízí rehabilitační systém v České republice prostřednictvím společnosti Tyfloservis, o.p.s. zdravotně postiženým občanům a dále využívá některé služby, které nabízí TyfloCentrum, o.p.s. Plzeň. Nezůstala sociálně izolovaná, zapojila se aktivně do činnosti Centra SONSu v Plzni kde získala řadu nových přátel. Dokázala si zachovat, i když částečně omezenou kvalitu života, kterou měla před svým zrakovým postižením. S respondentkou jsou se scházela po dobu téměř jednoho roku v její domácnosti, doprovázela jsem ji na nákupy a do centra SONSu v Plzni a vedla s ní rozhovory na různá témata. Jako doplněk mého zkoumání jsem s respondentkou uskutečnila cílený dotazníkový rozhovor zaměřený na předem připravené otázky týkající se kvality jejího života. Dotazník obsahující otázky a odpovědi respondentky, je uveden v příloze bakalářské práce. Podrobné shrnutí výsledků z této případové studie uvádím v závěru podkapitoly 5.1. str. 34.

Součástí páté kapitoly je popis činnosti Tyfloservisu, o.p.s. a jeho ambulantních středisek v krajích a TyfloCentra Plzeň. Činnost těchto obecně prospěšných společností

kromě řady jiných organizací, významně napomáhá k rehabilitaci a integraci zrakově postižených lidí.

Při zpracování části bakalářské práce jsem si uvědomila, jak široký a propracovaný je systém péče a podpory zrakově postižených občanů, který existuje v České republice. Tvoří jej specializovaná zařízení pro léčbu a pobyt zrakově postižených a celá řada obecně prospěšných společností, které svou činností napomáhají resocializaci zrakově postižených. Celou problematiku řešení potřeb zrakově postižených završuje Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR a veřejně prospěšná organizace Tyfloservis s.r.o. Vlastní fungování tohoto systému podporuje finančně v rozhodující míře stát. Podílí se na něm, ale i řada sponzorů. Významnou úlohu zde sehrává celá řada dobrovolníků, kteří často bezplatně zrakově postiženým občanům pomáhají. Tento systém, který je koordinovaný, vznikl desítky let a je podle mého názoru na dobré úrovni.

Zpracování bakalářské práce mě obohatilo o nové informace a osobní poznatky o životě zrakově postiženého člověka. Práce, dle mého názoru, může přispět k poznání kvality života zrakově postižených seniorů, kteří žijí v domácím prostředí. .

## Seznam použitých informačních zdrojů

BUBENÍČKOVÁ, H.KARÁSEK, R.PAVLÍČEK,. *Kompenzační pomůcky pro uživatele se zrakovým postižením*, Vyd. TyfloCentrum Brno, op.p.s., Brno 2012, ISBN 978-80-260-1538-3

CUMMINS, R.A. *Comprehensive quality of life scale: intellectual/cognitive disability: manual. 5<sup>th</sup> ed. (Comqol-15)*,Burwood, Vic: Deakin University, School of Psychology, 1997. ISBN 07-300-2725-2.

ČÁLEK, O, HOLUBÁŘ, Z, CERHA, J. *Vývoj osobnosti zrakově těžce postižených*, Vyd. Státní pedagogické nakladatelství, Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1991, 132 s. ISBN 80-7066-341-3

ČORNANIČOVÁ, R. *Edukácia seniorov*. Vyd. 1. Bratislava: Univerzita Komenského, 1998. 156 s. ISBN 80-223-1206-1

DRAGOMIRECKÁ,E.,ŠKODA C. *Kvalita života – vymezení, definice, historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii. Česká a slovenská psychiatrie/Česká a slovenská psychiatrie/Česká lékařská společnost J.E.Purkyně*. 1997, roč. 93,č.2,s.102-108. ISSN 1212-0383.

DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů*. Praha: Grada, 2012. 112s. ISBN 978-80-247-4138-3

FARKOVÁ, M. *Dospělost a její variabilita*. Praha: Grada, 2009. 136 s. ISBN 978-80-247-2480-5

FINKOVÁ,D. LUDÍKOVÁ,L. *Specifika přístupu k dospělým a seniorům se zrakovým postižením*, Vyd. UP Olomouc, 2013, 71 s. ISBN 978-80-244-37-43-9

HLÁVKOVÁ, J. *Zdraví a počítače*, Praha, 2006, Státní zdravotní ústav, článek dostupný z <http://www.szu.tema/pracovni-prostredi/zdravi-a-pocitace/>

HROZENSKÁ, M. DVOŘÁČKOVÁ D. *Sociální péče o seniory*, Grada publishing, Praha, 2013, 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0

JESENSKÝ, J. *Přehled systému komprehenzivní tyflopédie*, Vyd. Univerzita Hradec Králové, 2002, 60 s. ISBN 80-7041-329-8

JESENSKÝ, J. *Z výzkumu rehabilitace později osleplých*, Svaz invalidů, Vyd. Svaz invalidů, Praha 1977, 97 s.

KIMPLOVÁ, L. *Ztráta zraku, Úvod do psychologické problematiky*, Pedagogická fakulta Ostravská univerzita v Ostravě, Universitas Ostraviensis, Ostrava 2010, 120 s. ISBN 978-80-7368-917-9

KVAPILÍKOVÁ, K. *Práce a vidění*, vydal Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, Brno 1999, 122 s. ISBN 80-7013-275-2

KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L. *Oftalmopedie*, Paido, 2000. 70 s. ISBN 80-85931-84-2

LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Pohledy na kvalitu života osob se senzorickým postižením*, Vyd. UP Olomouc, 2012, s.206, ISBN 978-80-244-3286-1

MICHALÍK, J. *Společenská východiska kvality života občanů se zdravotním postižením v ČR*, In *E-pedagogium*, roč. 2009, č. 3, roč. 2009, ISSN: 1213-749+9 s. 91-112

MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Vyd. 1. Brno: Masarykova Univerzita, 2004. 203 s. ISBN 80-210-3345-2

PACOVSKÝ, V. *Proti větru není léku? Úvahy o stárnutí a stáří*, 1. vyd. Praha. Karolinum, 1997. 124 s. ISBN 80-7184-486-1



TYFLOSERVIS,o.p.s. - dostupné z [www.tyfloservis.cz](http://www.tyfloservis.cz), [www.tyflocentrum.cz/plzen/](http://www.tyflocentrum.cz/plzen/)

VAĎUROVÁ,H., MÜHLPACHR,P. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*, Brno:Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7

VÁGNEROVÁ,M,HADJ-MOUSSOVÁ,Z,ŠTECH,S. *Psychologie handicapu*, vyd. UK Praha: Karolinum, 1999. 226 s. ISBN 80-7184-929-4

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II – Dospělost a stáří*.Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-2461318-5

VELKÝ SOCIOLOGICKÝ SLOVNÍK. Vyd. 1. Praha : Karolinum, 1996, 747 s. ISBN 80718416411.

VÍTKOVÁ,M,ŘEHŮŘEK,J,KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ,L,MANDLENER,I. *Možnosti reedukace zraku při kombinovaném postižení*, Vyd. Paido, Brno,1999 ISBN 80-85931-75-3

#### Internetové zdroje

DUCHODOVÉ POJIŠTĚNÍ *Zákon č. 155/1995 Sb.o důchodovém pojištění ve znění pozdějších předpisů*. [online]. [cit 2015-04-23] Dostupný z <http://www.zakonyprolidi.cz>

KŘIVOHLAVÝ, J. *Kvalita života: Vymezení pojmu a jeho aplikace v různých vědních disciplínách s důrazem na vědu a zdravotnictví*. In Prof. Jaro Krivohlavý, [on-line].Třeboň,2004,[cit.2012.09-03]

Dostupné z: [http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c\\_kv\\_ziv.html](http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kv_ziv.html).

SDRUŽENÍ OKAMŽIK *Adresář poskytovatelů služeb pro osoby se zrakovým postižením*. [online]. [cit 2015-04-27] Dostupný z <http://www.medvik.cz/link/MED00167451>

SJEDNOCENÁ ORGANIZACE NEVIDOMÝCH A SLABOZRAKÝCH *Koncepce činnosti Sjednocené organizace nevidomých a slabozrakých České republiky po jejím 2. celostátním shromáždění 27.6.1998.* [online].[cit 2015-04-28]

Dostupný z <http://www.braillnet.cz/sons/docs/konc98.htm>

SOCIÁLNÍ REHABILITACE *Sociální rehabilitace I. a II. stupně* [online]. [cit. 2015-05-02] Dostupné z <http://www.braillnet.cz/sons/transformace/kdo-co.html>

SOCIÁLNÍ SLUŽBY *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů.* [online]. [cit 2015-04-23] Dostupný z <http://www.zakonyprolidi.cz>

STÁTNÍ SOCIÁLNÍ PODPORA *Zákon č. 117/1995 Sb. o státní sociální podpoře ve znění pozdějších předpisů.* [online]. [cit 2015-04-25] Dostupný z <http://www.zakonyprolidi.cz>

TyfloCentrum,o.p.s. Plzeň[online].[cit.2015-05-01] Dostupné z <http://www.tyflocentrum.cz>

TYFLOSERVIS,o.p.s. [online].[cit.2015-05-01] Dostupné z <http://www.tyfloservis.cz>

TYFLOSERVIS,o.p.s. *Výroční zpráva Tyfloservis.o.p.s. 2013* [online].[cit.2015-05-6] Dostupná z [http://www.tyfloservis.cz/výroční zprava 2013](http://www.tyfloservis.cz/vyrocní-zprava-2013)

VEŘEJNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ *Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících předpisů.* [online]. [cit 2015-04-26] Dostupný z <http://www.zakonyprolidi.cz>

ZDRAVÍ OČÍ [online].[cit. 2015-04-24] *Vhodná strava pro zdraví vašich očí.* Dostupné z [http://www.tyfloservis.cz/výroční zprava 2013](http://www.tyfloservis.cz/výroční-zprava-2013)

## **07. Seznam příloh**

Příloha – Strukturovaný rozhovor (otázky a odpovědi)

## **Příloha 1 – Strukturovaný rozhovor**

Struktura konkrétních otázek je připravena dle publikace Jana Jesenského, Přehled systému komprehenzivní tyflopédie, vydané UK Hradec Králové, pedagogická fakulta v nakladatelství Gaudeamus – Hradec Králové 2002 - str. 14. Dotazník jsem vyplnila společně s respondentkou.

### **DOTAZNÍK - KVALITA ŽIVOTA (OTÁZKY A ODPOVĚDI)**

#### **1. Celkový zdravotní stav, zrakové postižení, vlastní péče o zdraví**

- 1) Jak hodnotí svůj zdravotní stav?** Jako uspokojivý.
- 2) Je držitelem průkazu ZTP/P nebo ZTP?** Je držitelem ZTP.
- 3) Jaký byl hlavní důvod zrakového poškození?** Onemocnění, Glaukom
- 4) Kdy došlo k zrakovému postižení?** V průběhu života.
- 5) Má kromě zrakového postižení ještě nějaké další potíže?** Nemá, jen menší pohybové problémy spojené se stářím.
- 6) Dochází k očnímu lékaři?** Ne, k lékaři nedochází.
- 7) Jak hodnotí oftalmologickou zdravotní péči?** Hodnotí ji, jako špatnou.

#### **2. Zaměstnanost zrakově postižené**

- 8) Je zaměstnána ?** Ne, je v důchodu.
- 9) Jak získala práci?** -
- 10) Pracuje v samostatně (podniká), či v soukromé firmě nebo v chráněné dílně?** -
- 11) Kdy skončil poslední pracovní poměr?** Před 17 lety v souvislosti s oslepnutím.
- 12) V případě kdy skončila s prací, jaké byly důvody ukončení pracovního poměru?**  
Oslepnutí.
- 13) Absolvovala nějaký rekvalifikační kurs?** Ne

### 3. Dávky a příspěvky ze systému státního sociálního zabezpečení

**14) Pobírá nějaké dávky ze systému sociálního zabezpečení a jaké?** Ano, pobírá příspěvek na zvýšení důchodu pro bezmocnost, příspěvek na opatření kompenzační pomůcky

### 4. Schopnost samostatného pohybu

**15) Absolvovala kurz prostorové orientace a kdo jej pořádal?** Ano, u Tyfloservisu.

**16) Jak zvládá orientaci v prostoru mimo domov?** Sama s obtížemi, lépe s průvodcem.

**17) Pohybuje se pouze v bezprostředním okolí svého bydliště, nebo i v rámci města či mimo město?** Cca. 1x týdně odjíždí do centra, do SONSu.

**18) Jezdí i do zahraničí?** Ne

### 5. Schopnost samostatně zabezpečovat běžné životní potřeby

**19) Jak zvládá běžné životní potřeby jako je telefonování, péče o domácnost, vyřizování na úřadech, nákupy, praní, žehlení, uklízení?** Většinou vše zvládá dobře.

### 6. Zájmové aktivity ve volném čase

**20) Jaké má zájmové aktivity?** Poslouchání rozhlasu, poslouchání televize, poslech hudby, setkání s přáteli, výlety.

### 7. Povědomí o organizacích zaměřených na pomoc nevidomým

**21) Kde získává informace o životě, podmínkách, možnostech a nárocích zrakově postižených ?** Přes SONS, dále od jiných postižených.

### 8. Používání dopravních prostředků a styk s veřejností

**22) Jakými dopravními prostředky cestuje?** Cestuje pouze MHD, převážně tramvají.

**23) Styk s veřejností? Jaké má zkušenosti s pomocí veřejnosti při cestování, nákupech, jednání na úřadech apod. Je-li sama? Vesměs kladné.**

9. Pomoc nevidomým ze strany příbuzných, státu, případně obecně prospěšných společností

**24) Kdo jí pomáhá při řešení praktických potřeb se kterými se v životě potýká?**  
Tyfloservis, SONS, jiní postižení, přátelé

**25) U kterých organizací hledá pomoc?** SONS, Tyfloservis

**26) Cítí podporu rodiny, příbuzných , přátel? Nemá pocit osamění, cítí se v životě spokojená a šťastná. Podporuje ji rodina a příbuzní i materiálně či jinak?** U rodiny velkou podporu nemá, vše zvládá sama. Na nákladech na bydlení se podílí vnuk. Paní se cítí relativně dobře.

**27) Myslí si, že se stát dostatečně stará o nevidomé a zrakově postižené?** Ano, myslí si, že se stát stará dobře.

10. Případy okradení, xenofobního chování vůči respondentům

**28) Má nějakou osobní zkušenost s krádežemi, xenofobním jednáním?** Nemá.

11. Bytové podmínky respondenta

**29) Jaké jsou její bytové podmínky ?** Bydlí v panelovém bytě 3+1

12. Náboženství

**30) Je nábožensky věřící?** Ano